

4ο Ετήσιο Συνέδριο

Η αποφασιστικότητα της Ελλάδας στην καταπολέμηση του καρκίνου

Τα επιτεύγματα • Τα εμπόδια • Η ευρωπαϊκή πραγματικότητα

12 Μαρτίου 2024 | Αθήνα

www.hazliseconomist.com

www.cancersummit2024.economist.com



Υπό την επιστημονική αιγίδα της



Υπό την αιγίδα της



Με την υποστήριξη της



Hazlis & Rivas Communications
 Economist Impact Events for Greece, Cyprus, Malta and SE Europe
hazliseconomist.com

LinkedIn: Economist Impact SE Europe Events

YouTube: Economist Impact SE Europe Events

Facebook: Economist Impact Events for Greece, Cyprus, Malta and southeast Europe

©2024 Hazlis & Rivas Communications Limited, επίσημη αντιπρόσωπος των Εκδηλώσεων του Economist Impact για την Ελλάδα, την Κύπρο, τη Μάλτα και τη Νοτιοανατολική Ευρώπη. Όλα τα δικαιώματα προστατεύονται σύμφωνα με τον ν. 2121/1993 για την Πνευματική Ιδιοκτησία, ως ισχύει κάθε φορά και δη ως και τον ν. 4829/2021. Απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου, είτε σε ολόκληρή την έκδοσή του είτε και σε οποιοδήποτε τμήμα αυτής, η αποθήκευσή του σε βάση δεδομένων, η αναμετάδοσή του σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, με κάθε μέσο, ηλεκτρονικό, μηχανικό, φωτοτυπία, ηχογραφημένο ή αλλιώς, καθώς και η φωτοαντύπωσή του με οποιονδήποτε τρόπο, χωρίς την προηγούμενη άδεια της Hazlis & Rivas.

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΩΝ

Όπου εκφράζονται πεποιθήσεις, αυτές είναι οι προσωπικές των εκάστοτε συγγραφέων τους και δεν συμφωνούν απαραίτητα με τις απόψεις του εκδότη ή της Hazlis & Rivas. Όλες οι πληροφορίες σε αυτό το έντυπο επαληθεύονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο από τους συντάκτες και τους εκδότες. Ωστόσο, η Hazlis & Rivas δεν υπέχει ούτε αναλαμβάνει καμία απολύτως ευθύνη, για οποιαδήποτε, ανεξαιρέτως, ζημία προκύψει από τη δημοσίευσή τους, μέσω αυτού του εντύπου.



ECONOMIST IMPACT EVENTS

Στα Economist Impact Events τίθενται σφαιρικά όλα τα ζητήματα της παγκόσμιας ατζέντας. Αναγνωρίζονται σε όλο τον κόσμο ως κορυφαίος διοργανωτής συνεδρίων υψηλού επιπέδου στα οποία συμμετέχουν ομιλητές από τον χώρο της **πολιτικής**, της **οικονομίας**, των **επιχειρήσεων**, της **ενέργειας**, της **υγείας**, του **περιβάλλοντος**, των **επιστημών**, των **τεχνών**, του **πολιτισμού**. Κάθε συνέδριο ενθαρρύνει την ανοιχτή σκέψη και τον γόνιμο διάλογο μέσα από τα κατάλληλα ερωτήματα.

Τα Economist Impact Events διοργανώνονται σε περισσότερες από 50 χώρες. Ως μέλος του Economist Group ακολουθούν τις ανεξάρτητες αρχές του και συμμερίζονται τη δέσμευση του ομίλου για ενημερωμένη, αμερόληπτη και έγκυρη συζήτηση.

events.economist.com

HAZLIS & RIVAS

ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ, ECONOMIST IMPACT EVENTS SE EUROPE
EXCLUSIVE LICENSEE, THE ECONOMIST «Ο ΚΟΣΜΟΣ ΤΟ 2024»
ΕΛΛΑΔΑΣ-ΚΥΠΡΟΥ

Η Hazlis & Rivas είναι ο επίσημος εκπρόσωπος των Economist Impact Events και διοργανώνει τα τελευταία 29 χρόνια συνέδρια διεθνούς κύρους και παγκόσμιας εμβέλειας, εστιάζοντας στην ατζέντα της Ν.Α. Ευρώπης –και όχι μόνο– στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, τα Χανιά, τη Λευκωσία, τη Νέα Υόρκη, το Λονδίνο, το Βερολίνο, τη Φρανκφούρτη, το Βουκουρέστι, τα Σκόπια, τη Σόφια και τη Βαλέτα. Τα συνέδρια μεταδίδονται και διαδικτυακά με πλήθος συμμετεχόντων από όλο τον κόσμο.

Επίσης, μεταφράζει, επιμελείται και εκδίδει στα Ελληνικά κατά αποκλειστικότητα την ειδική ετήσια έκδοση αναλύσεων και προβλέψεων του *The Economist* “The World Ahead”. Η έκδοση μετρά ήδη 12 χρόνια κυκλοφορίας στην Ελλάδα και την Κύπρο με επιπρόσθετα αφιερωμένες ειδικές ενότητες, ενώ στις σελίδες της φιλοξενούνται –μεταξύ άλλων– άρθρα και αναλύσεις πολιτικών ηγετών, οικονομολόγων, διεθνολόγων, επιχειρηματιών, ακαδημαϊκών, γιατρών, ψυχολόγων, λογοτεχνών, ιστορικών τέχνης, ηθοποιών, σεφ κ.ά.

hazliseconomist.com

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (ΕΟΠΕ)

Η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) αποτελεί μη κερδοσκοπικό επιστημονικό σωματείο με σκοπό την προώθηση του γνωστικού αντικείμενου της Κλινικής Ογκολογίας στην Ελλάδα και την ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών που αφορούν την κλινική έρευνα, την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Η ΕΟΠΕ ιδρύθηκε το 1985 και αποτελείται από 383 μέλη, επιστήμονες της Ελλάδας και του εξωτερικού που αντιπροσωπεύουν το ιατρικό δυναμικό της χώρας μας στην Παθολογική Ογκολογία. Για την καλύτερη υποστήριξη των νέων ογκολόγων, το 2005 η ΕΟΠΕ δημιούργησε την Ομάδα Νέων Ελλήνων Ογκολόγων (ΟΝΕΟ), η οποία απαριθμεί σήμερα 298 μέλη.

Για την επίτευξη του σκοπού της η Εταιρεία:

- Διοργανώνει δράσεις εκπαίδευσης, ενημέρωσης και έρευνας στα κακοήγη νεοπλασμάτα.
- Διοργανώνει επιστημονικές εκδηλώσεις (ανακοινώσεις, διαλέξεις, συνέδρια, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια κ.ά.), με σκοπό την ελεύθερη διακίνηση ιδεών και γνώσεων πάνω στο αντικείμενο της ογκολογίας.
- Συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου σε ομάδες πληθυσμού.
- Διοργανώνει και υποστηρίζει ερευνητικές προσπάθειες και χορηγεί υποτροφίες για τη μετεκπαίδευση νέων ογκολόγων στο εξωτερικό.
- Διεκδικεί λύσεις, υποβάλλει προτάσεις και παρεμβαίνει στα αρμόδια όργανα της πολιτείας για τη βέλτιστη άσκηση και προάσπιση της ειδικότητας, για τον εκσυγχρονισμό των δομών υγείας αλλά και για την ορθή αντιμετώπιση των καρκινοπαθών.
- Συντάσσει και συντονίζει θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα για την καλύτερη αντιμετώπιση των νεοπλασιών.
- Συνεργάζεται με παρεμφερείς οργανώσεις του ελληνικού και διεθνούς χώρου, καθώς και με συλλόγους ασθενών/καρκινοπαθών.
- Ενημερώνει για τις επιστημονικές εξελίξεις και τις δραστηριότητές της με τα μέσα επικοινωνίας που διαθέτει (ιστότοπος, *Νέα Ογκολογίας*, *Forum of Clinical Oncology*, κοινωνικά δίκτυα κ.ά.).

Η ΕΟΠΕ μέχρι σήμερα έχει διοργανώσει 30 πανελλήνια/ελληνικά συνέδρια Κλινικής Ογκολογίας, 5 διεθνή, 3 διεταιρικά, 6 θεματικά, 8 κύκλους σπουδών της Ελληνικής Ακαδημίας Ογκολογίας (ΕΑΚΟ), ενώ πλήθος επιστημονικών εκδηλώσεων πραγματοποιούνται υπό την αιγίδα της.

Από το 1999 η ΕΟΠΕ έχει μια ισχυρή παρουσία στο διαδίκτυο με τον δικό της ιστότοπο (www.hesmo.gr), το ενημερωτικό ηλεκτρονικό περιοδικό *Νέα Ογκολογίας* (www.neaeope.gr), τα κοινωνικά δίκτυα (Facebook, LinkedIn, Instagram, Twitter κ.ά.) και το επιστημονικό ηλεκτρονικό περιοδικό *Forum of Clinical Oncology* (<https://sciendo.com/journal/FCO>).

Τα τελευταία χρόνια η ΕΟΠΕ, παρόλη την κοινωνικο-οικονομική συγκυρία, παραμένει συνεπής, δραστήρια και εξωστρεφής.



MSD

Στην MSD, γνωστή ως Merck & Co., Inc Rahway, NJ, ΗΠΑ στις Ηνωμένες Πολιτείες και στον Καναδά, ενώνουμε τις δυνάμεις μας για την επίτευξη του κοινού μας σκοπού: Χρησιμοποιούμε τη δύναμη των επιστημών αιχμής για να βελτιώνουμε τις ζωές των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Για περισσότερα από 130 χρόνια φέρνουμε την ελπίδα στους ανθρώπους ανακαλύπτοντας και αναπτύσσοντας σημαντικές θεραπείες και εμβόλια. Φιλοδοξούμε να είμαστε μια βιοφαρμακευτική εταιρεία με εξέχουσα θέση παγκοσμίως, εστιάζοντας στην εντατική έρευνα για να συμβάλλουμε στην παροχή καινοτόμων θεραπευτικών λύσεων που προάγουν την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών σε ανθρώπους και ζώα. Καλλιεργούμε ένα εργασιακό περιβάλλον διαφορετικότητας και συμπερίληψης και λειτουργούμε υπεύθυνα για να δημιουργήσουμε ένα ασφαλές, βιώσιμο και υγιές μέλλον για όλους τους ανθρώπους και τις κοινότητες.

Η MSD στην Ελλάδα

Από το 2010, η MSD κάνει πράξη το όραμά της στην Ελλάδα: να βελτιώνει τις ζωές των ανθρώπων προσφέροντας θεραπείες στους τομείς της ογκολογίας, των εμβολίων, των λοιμωδών νόσων, του διαβήτη και της καρδιολογίας, που καλύπτουν ανάγκες σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Ταυτόχρονα, διασφαλίζει ότι η δραστηριότητά της έχει θετικό αντίκτυπο στην κοινωνία, υλοποιώντας δράσεις που συμβάλλουν σε μια βιώσιμη Ελλάδα και αναπτύσσοντας συνεργασίες που επενδύουν στην παραγωγικότητα και την ανάπτυξη της χώρας.

Σήμερα, η MSD απασχολεί περισσότερους από 200 εργαζόμενους, παρέχοντας ένα εξαιρετικό περιβάλλον εργασίας που είναι πιστοποιημένο ως “Great Place to Work”.

Επιπλέον, το 2023 η MSD τιμήθηκε για άλλη μια φορά για τη δέσμευσή της στη βιωσιμότητα, επιβεβαιώνοντας τη θέση της ανάμεσα στις «πιο βιώσιμες εταιρείες» στην Ελλάδα. Περισσότερες πληροφορίες είναι διαθέσιμες στο νέο φυλλάδιο ESG 2022 στο site μας <https://www.msd.gr> και στα κανάλια μας στα social media LinkedIn, Facebook, Twitter και YouTube.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

4ο Ετήσιο Συνέδριο

Η αποφασιστικότητα της Ελλάδας στην καταπολέμηση του καρκίνου

Τα επιτεύγματα • Τα εμπόδια • Η ευρωπαϊκή πραγματικότητα



Υπό την επιστημονική αιγίδα της



Υπό την αιγίδα της



Με την υποστήριξη της



4^ο Ετήσιο Συνέδριο

Η αποφασιστικότητα της Ελλάδας στην καταπολέμηση του καρκίνου

Τα επιτεύγματα • Τα εμπόδια • Η ευρωπαϊκή πραγματικότητα

Πρόγραμμα συνεδρίου

(Οι ομιλήτες αναφέρονται με την ιδιότητα της συμμετοχής τους στο συνέδριο)

Τρίτη, 12 Μαρτίου 2024

08:30 Προσέλευση συμμετεχόντων

09:00 Καλωσόρισμα και εισαγωγή:

Alasdair Ross, countries editor, “*The World Ahead 2024*”, The Economist

09:05 Εναρκτήριο κύκλος συζήτησης:

Η ΠΡΟΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ & ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- Η στρατηγική της Ελλάδας στην καταπολέμηση του καρκίνου
- Ανασκόπηση της ΕΟΠΕ για τις προτεραιότητες στον καρκίνο
- Η ανάγκη για ένα εθνικό σχέδιο δράσης κατά του καρκίνου
- Τα επόμενα βήματα στη διαχείριση του καρκίνου

Άδωνις Γεωργιάδης, υπουργός Υγείας της Ελλάδας

Ζένια Σαριδάκη-Ζώρα, παθολόγος ογκολόγος, πρόεδρος της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας

(ΕΟΠΕ), διευθύντρια, Α' Ογκολογική Κλινική Metropolitan Hospital Αθήνα & «Ασκληπιός ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ», Κρήτη

Γιώργος Καπετανάκης, πρόεδρος ΔΣ, Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ)

Mike Holmes, vice-president, global medical & scientific affairs oncology therapeutic area, MSD Global

09:45 Συζήτηση

10:05 **ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ:**

ΜΙΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ανδρέας Χαραλάμπους, πρώην πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Καρκίνου, πρώην πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Νοσηλευτών Ογκολογίας, καθηγητής Ογκολογίας και Ανακουφιστικής Φροντίδας

10:10 **Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

- Δημόσια υγεία και πολιτικές πρόληψης του καρκίνου στην Ελλάδα
- Κοινωνικές ανισότητες στη χάραξη δημόσιας πολιτικής
- Η αντιμετώπιση του ζητήματος των ανισοτήτων στον καρκίνο του πνεύμονα
- Πόλεις χωρίς καρκίνο (cancer-free cities)
- Η αξία της επένδυσης στον εγγραμματοισμό υγείας των ασθενών

Ειρήνη Αγαπηδάκη, αναπληρώτρια υπουργός Υγείας

Γιάννης Τούντας, Ομ. καθηγητής Ιατρικής ΕΚΠΑ, διευθυντής Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ)

Ανδριανή Χαρχίδου, πνευμονολόγος, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ομώνυμο Εργαστήριο ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Μιχάλης Νικολάου, παθολόγος ογκολόγος, επιμελητής Α', Α' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», επιστημονικά υπεύθυνος του Τμ. Κατ' Οίκον Θεραπείας, εμπνευστής του «Οίκοθεν», αντιπρόεδρος ΕΟΠΕ

Βασιλική-Ραφαέλα Βακουφτσή, πρόεδρος, Ένωση Ασθενών Ελλάδας (βίντεο)

Σχολιασμός:

Νικόλαος Τσουκαλάς, παθολόγος ογκολόγος, διευθυντής, Ογκολογικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ, γενικός γραμματέας ΕΟΠΕ

Ιωάννης Μπουκοβίνας, παθολόγος ογκολόγος, επιστημονικός υπεύθυνος της Ογκολογικής Μονάδας, Βιοκλινική, Θεσσαλονίκη

Συντονισμός:

Mary Bussell, Ιδρυτής, TriMar Strategies

10:45 Συζήτηση

11:00 **ΕΝΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΣΟΥΗΔΙΑ

Emily Tiemann, διευθύντρια, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Economist Impact (βίντεο)



11:10 Διάλειμμα

11:40 **Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

- Η αξία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού
- Η σημασία της ευαισθητοποίησης επαγγελματιών υγείας για την έγκαιρη αναγνώριση ασθενών με καρκίνο στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Ο ρόλος των δικτύων παραπομπής μεταξύ ειδικοτήτων

Αναστάσιος Μπούτης, παθολόγος ογκολόγος, διευθυντής Γ' Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκη, ταμίας ΕΟΠΕ

Χρήστος Λιονής, ομότιμος καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης (μέσω σύνδεσης)

Σοφία Αγγελάκη, καθηγήτρια Παθολογικής Ογκολογίας, Παθολογική Ογκολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ, Εργαστήριο Μεταφραστικής Ογκολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Σχολιασμός:

Δημήτρης Νίκας, διευθύνων σύμβουλος, Medtronic Hellas

Στυλιανός Λουκίδης, πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Μιχάλης Καραμούζης, παθολόγος ογκολόγος, καθηγητής Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

12:10 Συζήτηση

12:25 **Η ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΕ: ΟΙ ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

Roberta Savli, γενική διευθύντρια Δημοσίων Υποθέσεων, Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων (EFPIA) (μέσω σύνδεσης)

12:30 **Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

- Τα οφέλη της έγκαιρης διαχείρισης στην έκβαση της υγείας των ασθενών
- Ο ρόλος των βιοδεικτών και οι νέες τεχνολογίες στην εξατομικευμένη φροντίδα καρκίνου
- Ο αντίκτυπος του Ευρωπαϊκού Κανονισμού για την Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας στην ογκολογική καινοτομία
- Εξασφαλίζοντας βιώσιμη χρηματοδότηση για την καινοτομία στον καρκίνο
- Η ανάγκη για επένδυση στην πρώιμη διαχείριση της φροντίδας του καρκίνου

Μιχάλης Λιόντος, παθολόγος ογκολόγος, επίκουρος καθηγητής, Ογκολογική Μονάδα, ΕΚΠΑ, μέλος ΔΣ, ΕΟΠΕ

Ελένη Κουρέα, καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Παθολογικής Ανατομικής

Φλώρα Μπακοπούλου, πρόεδρος Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης Υπουργείου Υγείας, αναπλ. καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Νάντια Γκογκοζώτου, μη εκτελεστική πρόεδρος, ΕΟΠΥΥ, πρόεδρος Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων

Κώστας Αθανασάκης, επίκουρος καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Σχολιασμός:

Ηλίας Αθανασιάδης, παθολόγος ογκολόγος, διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής & Μ.Η.Θ., «ΜΗΤΕΡΑ»

Συντονισμός:

Mary Bussell, Ιδρυτής, TriMar Strategies

13:05 Συζήτηση

13:15 Γεύμα

4^ο Ετήσιο Συνέδριο

Η αποφασιστικότητα της Ελλάδας στην καταπολέμηση του καρκίνου

Τα επιτεύγματα • Τα εμπόδια • Η ευρωπαϊκή πραγματικότητα

14:20 ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Οι μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ
- Μετατρέποντας τα νοσοκομεία σε ολοκληρωμένα κέντρα φροντίδας του καρκίνου
- Το όφελος της ολιστικής φροντίδας στην έκβαση υγείας
- Η ανάγκη για εισαγωγή διεπιστημονικών ομάδων στο μοντέλο παροχής ογκολογικής φροντίδας
- Το όφελος των ολοκληρωμένων κέντρων καρκίνου στην πορεία του ασθενούς με καρκίνο
- Η αξία των δεδομένων πραγματικού κόσμου (RWE) στον αντίκτυπο της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου

Μάριος Θεμιστοκλέους, υφυπουργός Υγείας (μέσω σύνδεσης)

Βασιλική Γκιοκά, προϊσταμένη Τμήματος Ποιότητας, Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης,

«Άγιος Σάββας» Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών

Αθηνά Χριστοπούλου, παθολόγος ογκολόγος, διευθύντρια και υπεύθυνη της Ογκολογικής Μονάδας,

Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», ειδική γραμματέας, ΕΟΠΕ

Δημήτριος Παπαγεωργίου, επίκουρος καθηγητής, Παθολ. Νοσηλ. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,

πρόεδρος Τομέα Νοσηλευτικής Ογκολογίας ΕΣΝΕ

Παρασκευή Μιχαλοπούλου, πρόεδρος ΔΣ, Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», αντιπρόεδρος, Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ)

Θανάσης Λοπατατζίδης, Commercial executive director, Affidea

Σχολιασμός:

Ελένη Γαλάνη, διευθύντρια Β' Ογκολογικής Κλινικής, Metropolitan Hospital

Βασίλης Μπαλάνης, διευθύνων σύμβουλος, Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ)

15:00 Συζήτηση

15:15 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

- Η εθνική στρατηγική για τον καρκίνο: η μελλοντική πορεία
- Η συμβολή της τεχνητής νοημοσύνης (AI) στην υγειονομική περίθαλψη
- Ο ρόλος της AI στον καρκίνο
- Ψηφιακή υποστήριξη ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα
- Το μέλλον των κλινικών δοκιμών στον καρκίνο

Λίλιαν Βενετία Βιλδιρίδη, γενική γραμματέας Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας

Αναστασία Κριθαρά, μεταδιδακτορική ερευνήτρια, Ινστιτούτο Πληροφορικής & Τηλεπικοινωνιών,

ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», γενική γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Τεχνητής Νοημοσύνης (ΕΕΤΝ)

Νίκος Ιωσήφ, πρόεδρος, Human Health Intelligence Organization, διευθύνων σύμβουλος, Brains I.C.S.

Θάνος Κοσμίδης, συνιδρυτής και διευθύνων σύμβουλος, CareAcross

Christian Hosius, senior clinical director, MSD European Clinical Development

Σχολιασμός:

Ιωάννης Σουγκλάκος, καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας, Εργαστήριο Μεταφραστικής Ογκολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Τμήμα Ογκολογικής Παθολογίας ΠΑΓΝΗ

Εμμανουήλ Σαλούστρος, αναπλ. Καθηγητής Ογκολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, μέλος ΔΣ, ΕΟΠΕ (μέσω σύνδεσης)

Έλενα Λινάρδου, παθολόγος ογκολόγος, διευθύντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής & Πρότυπου Κέντρου Κλινικών Μελετών, Metropolitan Hospital

15:50 Συζήτηση

16:05 Διάλειμμα

16:25 ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΕΣ ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Σοφία Ξεσφίγγη, Εθνικό Σημείο Επαφής στον Ορίζοντα Ευρώπη (Υγεία, Αποστολή για τον Καρκίνο), project manager των Ευρωπαϊκών Δικτύων HNN3.0 και ECHoS για την Ελλάδα, πρόεδρος του Sector Group Υγείας στο Enterprise Europe Network



16:30 ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΟΥΝ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Διασφαλίζοντας την πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμους θεραπείες
- Πέρα από τον καρκίνο: Πώς μπορεί να βελτιωθεί η εμπειρία των επιζώντων;
- Η αξία της κατ'οίκον και της παρηγορητικής φροντίδας για τους ογκολογικούς ασθενείς
- Η αξία της ψηφιοποίησης στη φροντίδα του καρκίνου
- Η σημασία της ενσωμάτωσης της φωνής των ασθενών στον σχεδιασμό πολιτικής για τον καρκίνο

Άρης Αγγελής, γενικός γραμματέας Στρατηγικού Σχεδιασμού, Υπουργείο Υγείας

Αμάντα Ψυρρή, καθηγήτρια Παθολογίας Ογκολογίας Ιατρικής ΕΚΠΑ, διευθύντρια Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Μαρία Αυγουστίδου, παθολόγος ογκολόγος-Ανακουφιστική Ιατρική, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

Νίκη Τσούμα, πρόεδρος ΔΣ & διευθύνουσα σύμβουλος, ΗΔΙΚΑ (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης)

Όλγα Σίσκου, επίκουρη καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Σχολιασμός:

Πάρις Κοσμίδης, διευθυντής της Β' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Υγεία», πρώην πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παθολογικής Ογκολογίας (ESMO)

Αθανάσιος Κωτσάκης, καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής ΠΓΝ Λάρισας

17:00 Συζήτηση

17:15 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Thomas Hofmarcher, οικονομολόγος με ειδίκευση στην υγεία, Σουηδικό Ινστιτούτο Οικονομικών της Υγείας (IHE) (βίντεο)

17:20 Κλείσιμο συνεδρίου:

- Οι προτεραιότητες για τον καρκίνο στην Ελλάδα

Ζένια Σαριδάκη-Ζώρα, παθολόγος ογκολόγος, πρόεδρος της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ), διευθύντρια, Α' Ογκολογική Κλινική Metropolitan Hospital Αθήνα & «Ασκληπιός ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ», Κρήτη

Γιώργος Καπετανάκης, πρόεδρος ΔΣ, Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ)

17:40 Τέλος εργασιών συνεδρίου

4ο Ετήσιο Συνέδριο

Η αποφασιστικότητα της Ελλάδας στην καταπολέμηση του καρκίνου

Τα επιτεύγματα • Τα εμπόδια • Η ευρωπαϊκή πραγματικότητα



Υπό την επιστημονική αιγίδα της



Υπό την αιγίδα της



Με την υποστήριξη της



hazlis & rivas
Economist Impact Events for Greece,
Cyprus, Malta and south-east Europe



Ομιλητές κατά αλφαβητική σειρά

Ειρήνη Αγαπηδάκη	σελ. 23	Μιχάλης Λιόντος	σελ. 42
Άρης Αγγελής	σελ. 76	Θανάσης Λοπατατζίδης	σελ. 58
Κώστας Αθανασάκης	σελ. 48	Στυλιανός Λουκίδης	σελ. 38
Ηλίας Αθανασιάδης	σελ. 50	Παρασκευή Μιχαλοπούλου	σελ. 57
Μαρία Αυγουστίδου	σελ. 80	Φλώρα Μπακοπούλου	σελ. 46
Βασιλική-Ραφαέλα Βακουφτσή	σελ. 27	Βασίλης Μπαλάνης	σελ. 61
Λίλιαν Βενετία Βιλδιρίδη	σελ. 62	Ιωάννης Μπουκοβίνας	σελ. 30
Mary Bussell	σελ. 31	Αναστάσιος Μπούτης	σελ. 34
Ελένη Γαλάνη	σελ. 60	Δημήτρης Νίκας	σελ. 37
Άδωνις Γεωργιάδης	σελ. 13	Μιχάλης Νικολάου	σελ. 26
Βασιλική Γκιόκα	σελ. 52	Σοφία Ξεσφίγγη	σελ. 73
Νάντια Γκογκοζώτου	σελ. 47	Δημήτριος Παπαγεωργίου	σελ. 56
Thomas Hofmarcher	σελ. 86	Alasdair Ross	σελ. 12
Mike Holmes	σελ. 19	Εμμανουήλ Σαλούστρος	σελ. 71
Christian Hosius	σελ. 69	Ζένια Σαριδάκη-Ζώρα	σελ. 15, 87
Μάριος Θεμιστοκλέους	σελ. 51	Roberta Savli	σελ. 40
Νίκος Ιωσήφ	σελ. 67	Όλγα Σίσκου	σελ. 82
Γιώργος Καπετανάκης	σελ. 17, 89	Ιωάννης Σουγκλάκος	σελ. 70
Μιχάλης Καραμούζης	σελ. 39	Emily Tiemann	σελ. 32
Θάνος Κοσμίδης	σελ. 68	Γιάννης Τούντας	σελ. 24
Πάρις Κοσμίδης	σελ. 84	Νικόλαος Τσουκαλάς	σελ. 29
Ελένη Κουρέα	σελ. 44	Νίκη Τσούμα	σελ. 81
Αναστασία Κριθαρά	σελ. 65	Ανδρέας Χαραλάμπους	σελ. 21
Αθανάσιος Κωτσάκης	σελ. 85	Ανδριανή Χαρχίδου	σελ. 25
Έλενα Λινάρδου	σελ. 72	Αθηνά Χριστοπούλου	σελ. 54
Χρήστος Λιονής	σελ. 35	Αμάντα Ψυρρή	σελ. 78



Alasdair Ross

Countries editor

The Economist's "The World Ahead 2024"

Νομίζω ότι χρειαζόμαστε μια νέα λέξη για τον καρκίνο. Για τους ανθρώπους της δικής μου γενιάς, η λέξη αυτή εξακολουθεί να κουβαλά το βάρος μιας θανατικής ποινής. Όμως, αυτή η σύνθετη και γεμάτη προκλήσεις ασθένεια σταδιακά, σιγά σιγά, παραδίδεται σε μια αδιάκοπη εκστρατεία έρευνας και είναι σαν να επιταχύνεται ο ρυθμός προόδου στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία – αυτή είναι η αίσθηση στην παρούσα φάση.

Τεχνολογίες, συμπεριλαμβανομένων εξατομικευμένων φαρμάκων και στοχευμένων θεραπειών, ανοσοθεραπείας και γονιδιακής επεξεργασίας, αποφέρουν οφέλη και θα εξακολουθήσουν να το κάνουν. Η τεχνητή νοημοσύνη, η μηχανική μάθηση και τα *big data* υποσχονται νέες εξελίξεις στον εντοπισμό και τη θεραπεία, αυξάνοντας τις πιθανότητες έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικότερης πρόληψης.

Η Ελλάδα συμμετέχει σε αυτές τις εξελίξεις, αλλά υπάρχει περιθώριο βελτίωσης. Η χώρα έχει χαμηλότερα ποσοστά προσυμπτωματικών ελέγχων σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο –ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές– και ο χρόνος αναμονής στο δημόσιο σύστημα υγείας είναι μεγάλος.

Πάντως, τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί πρόοδος και η Ελλάδα διαθέτει μια ισχυρή δεξαμενή εξειδικευμένων επαγγελματιών, μερικοί από τους οποίους βρίσκονται σήμερα μαζί μας. Πράγματι, για να εξετάσουμε βαθύτερα αυτούς τους τομείς, έχουμε το προνόμιο να φιλοξενούμε σήμερα στο συνέδριο ένα εντυπωσιακό σύνολο ομιλητών, αποτελούμενο από δημόσιους αξιωματούχους, επαγγελματίες υγείας και ακαδημαϊκούς. ●



Άδωνις Γεωργιάδης

Υπουργός Υγείας

Ενα στοιχείο που με έχει εκπλήξει ευχάριστα είναι η πρόοδος που έχει καταγράψει η επιστήμη στην αντιμετώπιση του καρκίνου τα τελευταία δέκα χρόνια.

Πριν από δέκα χρόνια, δυστυχώς, αρκετοί ασθενείς κατέληγαν, χωρίς να μπορούν οι γιατροί τους να τους προσφέρουν αποτελεσματικές θεραπείες. Τώρα, με τα νέα καινοτόμα φάρμακα από κορυφαίες φαρμακευτικές εταιρείες που επενδύουν στην έρευνα αιχμής, έχουν παραχθεί θεραπείες, οι οποίες όχι μόνο δίνουν ελπίδα στους ογκολογικούς ασθενείς αλλά και μια πολύ καλή ποιότητα ζωής για μια σειρά ετών. Αυτό είναι εκπληκτικό, διότι για πρώτη φορά η ανθρωπότητα μπορεί να πει ότι αντιμετωπίζει, ότι καταπολεμά τον καρκίνο.

Όμως, ως υπουργός Υγείας έχω να αντιμετωπίσω την πρόκληση που συνοδεύει αυτές τις πολύ καλές ειδήσεις. Όπως έλεγαν οι αρχαίοι Έλληνες, δεν υπάρχει το απόλυτο καλό ή το απόλυτο κακό, το καλό και το κακό ενυπάρχει στα πάντα. Στην περίπτωση αυτήν, οι δημοσιονομικές προκλήσεις είναι αυτές που συνοδεύουν τις καινοτόμους θεραπείες και αυτές δεν αφορούν μόνο τον προϋπολογισμό της Ελλάδας αλλά το σύνολο των συστημάτων δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο.

Πρέπει επομένως να αντιμετωπίσουμε την πραγματικότητα, σύμφωνα με την οποία ο πληθυσμός γηράσκει, άρα η ανάγκη για θεραπείες θα είναι συνεχώς αυξανόμενη, μια και η επίπτωση του καρκίνου θα γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη. Στην Ευρώπη, από 4,4 εκ. νέες διαγνώσεις το 2020, θα φτάσουμε στα 5,32 εκ. το 2040. Οι νέες θεραπείες έρχονται με ταχύτητα, αλλά συνοδεύονται από υψηλό κόστος, ενώ οι κρατικοί προϋπολογισμοί κινούνται πάντα μέσα σε συγκεκριμένα όρια. Αυτή λοιπόν είναι η πρόκληση που αντιμετωπίζουμε σήμερα και επί της θητείας μου. Είμαι αισιόδοξος ότι θα τα καταφέρουμε, με την καλή συνεργασία που έχουμε με την κοινότητα των γιατρών που είναι εδώ και μας βοηθά και με πίστη στις δυνάμεις και τις δυνατότητές μας.

Θέλω να αναγνωρίσω δημοσίως και να συχαρώ την Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας και την κ. Σαριδάκη-Ζώρα αλλά και όλους τους ογκολόγους μέλη της ΕΟΠΕ. Από την πρώτη στιγμή που πήγα στο Υπουργείο, δεν μου μίλησαν μόνο για την ανάγκη των νέων θεραπειών, τις οποίες υποστηρίζουν πάρα πολύ και παρέχουν στους ασθενείς τους κατά τον τρόπο που πρέπει, αλλά μας παρουσίασαν και συγκεκριμένες προτάσεις για το πώς η χρήση αυτών των νέων φαρμάκων θα γίνεται με υπεύθυνο τρόπο, τόσο για τον ασθενή, αλλά και για την ανάγκη να αντιμετωπίσουμε τις προκλήσεις του

προϋπολογισμού. Είναι πολύ κρίσιμο να έχουμε έναν βιώσιμο προϋπολογισμό, έτσι ώστε να εξασφαλίσουμε τη σωστή θεραπεία και την καλή υγεία περισσότερων ανθρώπων που το έχουν ανάγκη. Η συνεργασία μεταξύ της πολιτείας, των γιατρών και των φαρμακευτικών εταιρειών είναι εκείνη που θα οδηγήσει στην καλύτερη δυνατή θεραπευτική προσέγγιση των ογκολογικών ασθενών. Δεν θέλουμε να ρισκάρουμε να δημιουργηθούν καταστάσεις στις οποίες θα υπάρχει το ενδεχόμενο φαρμακευτικές εταιρείες να μη διαθέτουν στη χώρα μας τις νέες καινοτόμες θεραπείες που οι ογκολογικοί ασθενείς έχουν ανάγκη, και άρα, όταν κάποιος θα χρειαστεί ένα τέτοιο φάρμακο, να μην μπορεί να το βρει. Η δική μας ευθύνη είναι όταν κάποιος ασθενής πραγματικά χρειάζεται ένα φάρμακο για να καταπολεμήσει τη νόσο του και να σώσει τη ζωή του, να είμαστε σε θέση να του το παρέχουμε.

Δεν θα μπορέσει η ελληνική πολιτεία να λύσει αυτόν τον γρίφο χωρίς τη συνεργασία και βοήθεια των γιατρών. Το λέω αυτό διότι τις τελευταίες ημέρες αντιμετωπίσαμε με την ένωση των νευρολόγων την υπόθεση του Relyvrio. Δεν είναι ογκολογικό φάρμακο, είναι φάρμακο για τη νευρομυοπάθεια, το οποίο όμως γραφόταν στη χώρα μας ασταμάτητα και σωρηδόν. Πρόκειται για μια πάρα πολύ ακριβή θεραπεία, πέρυσι μας κόστισε στο σύστημα 15 εκατομμύρια ευρώ· μόνο φέτος τους δύο πρώτους μήνες του 2024 έχει κοστίσει πάνω από 3 εκατομμύρια ευρώ.

Προχθές το φάρμακο αυτό, το οποίο δεν είχε έγκριση EMA, είχε μόνο έγκριση FDA φάση 2, ούτε καν φάση 3, αποσύρθηκε από την εταιρεία μια και απέτυχε η φάση 3. Δυστυχώς, αποδείχθηκε ότι δεν είχε τα αποτελέσματα που θα έπρεπε, αφού έχουμε ξοδέψει δεκάδες εκατομμύρια. Αυτό δεν είναι μια αποτυχία της πολιτείας, των συστημάτων υγείας ή των υπουργών υγείας διεθνώς. Είναι μια αποτυχία των ελεγκτικών μηχανισμών, των λειτουργιών υγείας και της φαρμακοβιομηχανίας.

Θέλω να είμαι ξεκάθαρος. Πρέπει να θεσπίσουμε συγκεκριμένους, ενδεχομένως αυστηρούς αλλά ορθούς κανόνες, μέσα από συγκεκριμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα, τα οποία θα επικαιροποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, έτσι ώστε να έχουμε ορθή χρήση και συνταγογράφηση όλων των φαρμάκων (συμπεριλαμβανομένων και των υψηλού κόστους καινοτόμων φαρμάκων), ιδιαίτερα στην αιματολογία και την ογκολογία.

Άρα, πρέπει να τροποποιήσουμε και να βελτιώσουμε το μοντέλο που χρησιμοποιούμε. Πρέπει να είμαστε σε συνεννόηση και σε συνεργασία με τους γιατρούς και



θα ήθελα να επαναλάβω ότι η ΕΟΠΕ και η ίδια η κ. Σαριδάκη αλλά και οι ογκολόγοι συνάδελφοί της ήταν εντυπωσιακοί στις συναντήσεις μας, πάρα πολύ υπεύθυνοι και τους ευχαριστώ για αυτό. Μοναδικό μέλημά μας υπήρξε και παραμένει οι ογκολογικοί ασθενείς στη χώρα μας, μέσω των γιατρών τους, να έχουν τη θεραπεία που χρειάζονται, τη χρονική στιγμή που τη χρειάζονται, έτσι ώστε να καταφέρουν να καταπολεμήσουν τη νόσο τους. ●



Ζένια Σαριδάκη-Ζώρα

Παθολόγος ογκολόγος

Πρόεδρος ΔΣ της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)

Διευθύντρια, Α' Ογκολογική Κλινική Metropolitan Hospital Αθήνα

Επιστημονική υπεύθυνη Ογκολογικού Τμήματος «Ασκληπιός ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ», Ηράκλειο Κρήτης

Αυτό που σηματοδοτεί το διαφορετικό αυτήν τη συγκεκριμένη τέταρτη χρονιά του Ετήσιου Συνεδρίου για τον Καρκίνο είναι ότι για πρώτη φορά έχουμε από το Υπουργείο Υγείας την υπογραφή του Εθνικού Μπρώου Νεοπλασιών στην *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.

Δεν είναι κάτι απλό, είναι κάτι τεράστιο και είμαστε ευτυχείς. Τώρα, αυτό που μας μένει είναι να το εφαρμόσουμε. Είναι σαφώς μια ιατρική δουλειά, την οποία έχουμε συζητήσει πώς θα προωθήσουμε και με πολύ συγκεκριμένες δράσεις:

- Προοπτικά, υποχρεωτική εφαρμογή του μπρώου και υποχρεωτικά σύνδεση καταχώρισης με συνταγογράφηση και κάθε άλλη ιατρική πράξη
- Πιλοτική εφαρμογή σε λίγες μονάδες άμεσα
- Προοπτική και για αναδρομική εφαρμογή του μπρώου
- Ψηφιοποίηση και διαχείριση μέσω ΗΔΙΚΑ
- Διαλειτουργικότητα με άλλες ηλεκτρονικές πλατφόρμες (θεραπευτικά πρωτόκολλα κ.ο.κ.)
- Δυνατότητα αξιοποίησης ανωνυμοποιημένων δεδομένων προς όφελος της έρευνας και της δημόσιας υγείας
- Προοπτική διασύνδεσης με τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ογκολογικού Ασθενούς

Άλλες θεσμικές παρεμβάσεις:

- Εφαρμογή του ΦΕΚ για εξαίρεση των παλαιών και φθηνών φαρμάκων από τη διαδικασία του ΣΗΠ
- Ογκολογικός χάρτης: δημιουργία Επιτροπής Δόμησης και Σχεδιασμού του Ογκολογικού Χάρτη της Ελλάδας
- Πρόταση για διαφορετική αξιοποίηση του υπάρχοντος δυναμικού του ΕΣΥ – γραμματειακή υποστήριξη ΕΣΥ (χρήση υπάρχοντος δυναμικού για εξοικονόμηση πόρων, μετακίνηση υπαλλήλων, επίδομα επιστημονικής γραμματείας) για την υποστήριξη της ψηφιοποίησης
- Ογκολογικά συμβούλια (ουσιαστική και όχι τυπική λειτουργία – υποχρεωτική για τον πρώτο ογκολογικό χειρισμό, είτε χειρουργείο είτε θεραπεία)
- Αναδιάρθρωση του σώματος και της λειτουργίας των ελεγκτών ΣΗΠ-ΕΟΠΥΥ (αποζημίωση, έλεγχος ελεγκτών, κριτήρια επιλογής, επιλογή ελεγκτών από ΕΟΠΕ ανά γνωστικό αντικείμενο, αναδρομικοί έλεγχοι)
- Θεσμοθέτηση της διαχείρισης των ογκολογικών ασθενών: χορήγηση συστηματικής (φαρμακευτικής) θεραπείας σε ICD καρκίνου μόνο από α) παθολόγο ογκολόγο ή β) από συναφή με τη νόσο ειδικότητα, όμως στο πλαίσιο ενός ογκολογικού συμβουλίου κλινικής/νοσοκομείου

- ΙΦΕΤ: συνεργασία με επιστημονικές εταιρείες για λίστα «απαραίτητων» φαρμάκων
- Κλινικές μελέτες
- Απλοποίηση Σ.Η.Π. (άπαξ έγκριση, διασύνδεση με μπρώο και ΘΠ)

Όλα αυτά θα μπορούσαν πολύ εύκολα να γίνουν μέσα από τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα, τα οποία επί δέκα χρόνια γράφουμε και επικαιροποιούμε ετησίως στην ΕΟΠΕ. Είναι αναρτημένα στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας, πρέπει να ενσωματωθούν στη συνταγογράφηση μέσω ΗΔΙΚΑ και να συνδεθούν με το ΣΗΠ, έτσι ώστε να υπάρχει ψηφιοποίηση σε όλα τα επίπεδα.

Έρχεται και ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ογκολογικού Ασθενούς. Εμείς έχουμε ξεκινήσει εδώ και αρκετά χρόνια τον Onco-HR, τον πρώτο Ηλεκτρονικό Ογκολογικό Φάκελο, το πρώτο Ηλεκτρονικό Μπρώο Ογκολογικού Ασθενούς. Είμαστε ευτυχείς που καταφέραμε μετά από πολλή δουλειά, συζητήσεις και τροποποιήσεις να έχουμε στα χέρια μας κάτι τόσο σημαντικό για τους ογκολογικούς ασθενείς και τους ογκολόγους τους στην Ελλάδα. Τον παρέχουμε στους ογκολόγους μας, χωρίς κόστος για αυτούς. Περισσότεροι από 100 συνάδελφοι ογκολόγοι ήδη χρησιμοποιούν τον φάκελο αυτόν.

Και θα μείνω στους βιοδείκτες που είναι η επόμενη μεγάλη πρόκληση. Η ιατρική ακριβείας είναι πολύτιμη, δεν είναι ακριβή. Αυτό είναι κάτι που ισχύει και αποτελεί κοινωνικό ζήτημα αλλά και ζήτημα δικαιοσύνης. Είναι επιτακτική η ανάγκη επικαιροποίησης του πλαισίου αποζημίωσης με σκοπό την απρόσκοπτη και ισότιμη πρόσβαση όλων των ασθενών που το έχουν ανάγκη σε καινοτόμους εξατομικευμένες ογκολογικές θεραπείες.

Μόλις ολοκληρώσαμε το consensus των βιοδεικτών και θα παρουσιάσουμε στο Υπουργείο Υγείας αιτιολογημένη νομική πρόταση.

Τα τελευταία δέκα χρόνια στην ΕΟΠΕ διενεργούμε με ίδιους πόρους και με χορηγίες από τη φαρμακοβιομηχανία (και θέλω να ευχαριστήσω τη φαρμακοβιομηχανία για αυτό), προγράμματα για τους εξής τύπους καρκίνου:

- Καρκίνος ωοθηκών-HRD
- Καρκίνος μαστού (W40-Hellas) – BRCA1/2 germline (γενετικός έλεγχος)
- Καρκίνος πνεύμονα – NGS
- EGFR-Mutated MMKP – liquid NGS
- Καρκίνος μαστού – PIK3CA mutations
- Ουροθηλιακός καρκίνος – PD-L1
- Τριπλά αρνητικός καρκίνος μαστού – PD-L1



- Γαστρο-οισοφαγικός καρκίνος – PD-L1
- Καρκίνος ενδομητρίου – NGS (POLEmut/MMRd/p53abn και MLH1 Methylation Analysis)
- Ουροθηλιακός καρκίνος – QoL

Από το 2011 πάνω από 6 εκατομμύρια έχουν επενδυθεί (~ €6.263.150), έτσι ώστε οι ογκολογικοί ασθενείς στην Ελλάδα να έχουν τους μοριακούς αυτούς δείκτες χωρίς να τους κοστίζει. Είναι κάτι που το τρέξαμε και κατά τη διάρκεια της πανδημίας αλλά και πέρυσι με πάρα πολλά χρήματα (2018 και 2019: €730.900, 2020-2022: €623.750, 2023: €593.750).

Ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα, το NGS το 2023 το κάλυψε η ΕΟΠΕ εξ ολοκλήρου από ιδίους πόρους (€150.000), όχι από χορηγίες.

Η φαρμακοβιομηχανία μέσω χορηγιών έχει βοηθήσει την ΕΟΠΕ να υποστηρίξει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τις ερευνητικές δραστηριότητες των ογκολόγων μελών της: δυο τομείς οι οποίοι ανέκαθεν υπήρξαν για την Εταιρεία μας προτεραιότητες. Πάνω από 1,5 εκατ. ευρώ έχει επενδύσει η ΕΟΠΕ για 141 υποτροφίες σε 68 κέντρα μετεκπαίδευσης σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία για ογκολόγους μας που έχουν πάει στο εξωτερικό κι έχουν επιστρέψει στη χώρα για να δουλέψουν.

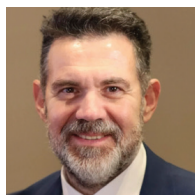
Παράλληλα, έχουν δοθεί πάνω από 1,5 εκατ. ευρώ για 311 ερευνητικά προγράμματα, τα οποία έχουν γίνει πραγματικότητα στην Ελλάδα.

Ενώ, είμαστε ιδιαίτερα υπερήφανοι για δύο νέες υποτροφίες οι οποίες μόλις θεσπίστηκαν, η μία σε συνεργασία με το Columbia University Irving Medical Center και το Athens Global Center of Columbia University, και η άλλη με την Αγγλία, με το The Christies-NHS. Όλες αυτές οι προσπάθειες, προκειμένου οι ογκολόγοι μας να μπορούν να έχουν την εκπαίδευση που χρειάζονται.

Όσον αφορά στην εκπαίδευση, υπάρχει ακόμα ένα «κόσμημα» της εταιρείας μας, η ΕΑΚΟ (Ελληνική Ακαδημία Ογκολογίας), η οποία δίνει σε όλους τους νέους ογκολόγους, σε συνεργασία με το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, παράλληλα με την ειδικότητα, τη δυνατότητα να έχουν και έναν πιστοποιημένο τίτλο βραχείας μετεκπαίδευσης.

Κλείνοντας, να τονίσω ότι η εξωστρέφεια, η πρόληψη και η ορθή ενημέρωση των ασθενών μας είναι τεράστιας σημασίας. Τα συστήματα υγείας των χωρών, προκειμένου να είναι βιώσιμα, πρέπει το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών να είναι υγιείς. Στην ΕΟΠΕ μάς ενδιαφέρει η πρόληψη και η σωστή ιατρική ογκολογική ενημέρωση για ασθενείς με καρκίνο (*medical information for cancer patients*). Η Εταιρεία μας προσπαθεί με βίντεο, με οδηγούς, με τη διασύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και με καμπάνιες πρόληψης, όπως είναι αυτές για τις οποίες βραβευθήκαμε και το 2022 και το 2023 (τριπλή βράβευση της ΕΟΠΕ στο Healthcare Business Awards 2023) να κάνει τη διαφορά και σε αυτό το πεδίο.

Το όραμά μας είναι πολύ συγκεκριμένο. Ξεκινάμε από τον στόχο, από το τέλος. Begin with the end in mind. Ξέρουμε πού θέλουμε να φτάσουμε και γνωρίζουμε πώς θα το πετύχουμε. Είμαστε ευτυχείς που στην πορεία αυτήν έχουμε άξιους συνοδοιπόρους. ●



Γιώργος Καπετανάκης

Πρόεδρος ΔΣ
Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ)

Το φετινό 4ο Economist Annual Summit διεξάγεται σε ένα ιδιαίτερα θετικό momentum για τη χώρα μας, το οποίο φάνηκε από τις ανακοινώσεις του υπουργού Υγείας αλλά και την υπουργική απόφαση για τη δημιουργία Εθνικού Μητρώου Νεοπλασιών – ένα ιστορικό για τη χώρα μας γεγονός. Παράλληλα, με την εξαγγελία για την ανάπτυξη του εθνικού σχεδίου δράσης για τον καρκίνο, πλέον βρισκόμαστε ένα βήμα πιο κοντά στη μεταμόρφωση της φροντίδας του καρκίνου στην Ελλάδα.

Γιατί όμως χρειαζόμαστε ένα εθνικό σχέδιο για τον καρκίνο; Τι θα σημαίνει πρακτικά αυτό για τους ασθενείς αλλά και τους πολίτες στη χώρα μας; Ποια είναι οι προκλήσεις που καλούμαστε να διαχειριστούμε;

Σύμφωνα με τα δεδομένα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ η εμφάνισή του στην Ευρώπη είναι ιδιαίτερα υψηλή σε σχέση με τον πληθυσμό. Σύμφωνα με το GLOBOCAN (Global Cancer Observatory), μέχρι το 2040 η εμφάνιση του καρκίνου αναμένεται να αυξηθεί κατά 21%, αγγίζοντας τα 3.240.000 νέα περιστατικά στην Ευρώπη και να καταλάβει την πρώτη θέση ως αιτία θανάτου, καθώς παράλληλα η θνησιμότητα αναμένεται να αυξηθεί κατά 29%.

Ταυτόχρονα, υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη 20 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν μετά από διάγνωση καρκίνου, ενώ κάθε χρόνο έχουμε 3,5 εκατομμύρια νέες διαγνώσεις. Οι σημαντικές εξελίξεις στη φροντίδα του καρκίνου και οι νέες καινοτόμοι θεραπευτικές προσεγγίσεις την τελευταία δεκαετία, έχουν συμβάλει στην αύξηση της επιβίωσης των ογκολογικών ασθενών κατά 50% σε σχέση με το 2010. Αν προσπαθήσουμε να συνδυάσουμε τα παραπάνω δεδομένα, φθάνουμε ξεκάθαρα στο συμπέρασμα ότι η διαχείριση του καρκίνου δημιουργεί μεγάλες προκλήσεις για τα συστήματα υγείας αλλά και τις κοινωνίες σε όλη την Ευρώπη.

Μετά από την απόφαση της ΕΕ να θέσει ως προτεραιότητα τον καρκίνο με το EBCP το 2021, οι χώρες που διαθέτουν εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο έχουν φθάσει τις 20 από τις 27 της ΕΕ. Η χώρα μας βρίσκεται σε μια πραγματικά πολύ δημιουργική κινητικότητα, πολλά βήματα προόδου έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια και πολύ περισσότερα σχεδιάζονται για το αμέσως επόμενο διάστημα. Η ανάπτυξη ενός εθνικού σχεδίου δράσης κατά του καρκίνου δεν σκοπεύει να μειώσει ή να μπενδρίσει αυτά τα μεγάλα έργα που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, αλλά να μεγιστοποιήσει το όφελος, να συνδρά-

μει στην αύξηση της επιβίωσης και να εγγυηθεί τη συνέχεια μέσα από σαφή χρονοδιαγράμματα, συνέργειες, αξιολογήσεις και προσαρμογές.

Η μεγάλη εικόνα απαιτεί ένα σχέδιο το οποίο θα θέτει τον άνθρωπο στο επίκεντρο, θα εστιάζει στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας του καρκίνου αξιοποιώντας όλους τους διαθέσιμους ανθρώπινους, οικονομικούς και τεχνολογικούς πόρους, θα συντονίζει και θα ενθαρρύνει τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, θα διαλύει τα σιλό που υπάρχουν στη διαχείριση της νόσου και θα εγγυάται τη βιωσιμότητά του.

Το εθνικό σχέδιο δράσης κατά του καρκίνου έρχεται λοιπόν να αποτελέσει τον καταλύτη για την ανάπτυξη μιας ολιστικής προσέγγισης, η οποία θα εκφράζεται από τη δέσμευση της πολιτείας να επενδύσει στρατηγικά στην αντιμετώπιση του καρκίνου, θα περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα της φροντίδας και ξεκινώντας από την πρόληψη και τη δημόσια υγεία, θα επεκτείνεται ορίζοντα σε όλο το φάσμα της άσκησης πολιτικής, στην παιδεία, το περιβάλλον την εργασία, τα τρόφιμα, την ενέργεια, τις μεταφορές κ.ά.

Οι προκλήσεις στον δρόμο αυτόν είναι πολλές:

Η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στην περίθαλψη είναι μία από αυτές που τη θεωρούμε πρωταρχική: Με τον όρο «ισότιμη πρόσβαση» εννοούμε ότι το σχέδιο δράσης θα πρέπει να αντιμετωπίζει τις ανισότητες που υπάρχουν σε όλο το φάσμα της πρόσβασης και διαχείρισης της φροντίδας του καρκίνου. Οι γεωγραφικές και οι οικονομικές προκλήσεις αλλά και οι πολιτισμικές/θρησκευτικές που συνήθως συναντώνται σε μειονοτικούς πληθυσμούς ή ομάδες πολιτών πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα. Ακόμη, η δημιουργία ενός θεσμικού πλαισίου για την έγκριση και αποζημίωση των βιοδεικτών είναι επίσης επιβεβλημένη για την πρόσβαση στην καινοτομία.

Η ποιότητα στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή είναι ύψιστης σημασίας, καθώς η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας συμβαδίζει με την υιοθέτηση προτύπων που εγγυώνται την ασφάλεια των ασθενών και οδηγούν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Εδώ αξίζει επιπλέον να σημειώσουμε την ανάγκη ενδυνάμωσης των ασθενών να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία τους, την ανάπτυξη προγραμμάτων υποστηρικτικής φροντίδας και διαχείρισης της νόσου και να θέσουμε στο κέντρο την ψυχική υγεία, τις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών και εφήβων αλλά και τους γηριατρικούς ασθενείς.



Η εστίαση στις υποδομές, τον εξοπλισμό, τη στελέχωση και την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της υγείας και οι γιατροί, είναι συνυφασμένη με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η χώρα μας πρέπει να εστιάσει στη συμμετοχή των ογκολογικών νοσοκομείων στο ευρωπαϊκό δίκτυο των Ολοκληρωμένων Κέντρων Φροντίδας του Καρκίνου (*Comprehensive Cancer Centres*), καθώς εκτός της τεχνογνωσίας και της διασύνδεσης με το ευρωπαϊκό οικοσύστημα, θα οδηγηθεί στην εξασφάλιση νέων πόρων για την ανάπτυξη και λειτουργικότητα των υφιστάμενων δομών, δημιουργώντας χρήσιμα πρότυπα. Τον δρόμο τον έχει ήδη ανοίξει ο «Άγιος Σάββας», αποτελώντας φωτεινό παράδειγμα προς μίμηση.

Η υποστήριξη της έρευνας και η επένδυση στην καινοτομία αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για την προώθηση της επιστημονικής γνώσης στη χώρα μας. Η συνεργασία μεταξύ όλων των κλάδων είναι απαραίτητη, προκειμένου να υπάρχει διάχυση της καινοτομίας στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία και με τελικό στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Η δημιουργία ενός φιλικότερου υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την προσέλκυση και διενέργεια περισσότερων κλινικών μελετών στη χώρα μας, σε συνδυασμό με μια νέα προσέγγιση στη φαρμακευτική πολιτική, πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα του σχεδίου δράσης για τον καρκίνο.

Στην εποχή του ψηφιακού μετασχηματισμού, η ενσωμάτωση των σύγχρονων τεχνολογιών, φέρνει επανάσταση στα συστήματα για τη φροντίδα του καρκίνου. Η τεχνητή νοημοσύνη διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο σε όλο το μονοπάτι του καρκίνου. Με τη δημιουργία του ευρωπαϊκού χώρου δεδομένων, σταδιακά βρισκόμαστε σε ένα νέο περιβάλλον όπου θα πρέπει να κυριαρχούν η προώθηση της χρήσης ηλεκτρονικών αρχείων και μπτρώων, η διαλειτουργικότητα μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων, η αξιοποίησή τους μέσω της δευτερογενούς χρήσης και ανάλυσης δεδομένων και η παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο των τάσεων εμφάνισης της νόσου αλλά και της απόκρισης στις θεραπείες.

Η αναζήτηση νέων πόρων αλλά και η βέλτιστη κατανομή των υφιστάμενων αποτελούν βασικότερες προκλήσεις για την εφαρμογή του σχεδίου δράσης προκειμένου να εξασφαλιστεί η ανθεκτικότητα και η βιωσιμότητα του συστήματος. Όλα αυτά που αναφέραμε παραπάνω απαιτούν πόρους και πόροι υπάρχουν, αρκεί να τους αναζητήσουμε με ορθό τρόπο και οργανωμένα. Χωρίς να υπολογίζουμε το RRF, περισσότερα από 4 δις διαθέτει από το 2021 μέσα από τα χρηματοδοτικά εργαλεία που έχει αναπτύξει η ΕΕ για την έρευνα στον καρκίνο. Από στοιχεία μιας πρόσφατης μελέτης που ακόμη δεν έχει παρουσιαστεί επίσημα, μέχρι τον Ιούνιο του 2023 είχαν διατεθεί λιγότερα από 1 δις. Άλλα 3 δις περίπου μας περιμένουν, τα οποία η χώρα μας οφείλει να βρει τρόπο ώστε να έχει ένα μεγάλο μερίδιο και συμμετοχή σε αυτούς τους πόρους. Η πρόκληση εδώ εστιάζεται στο πόσα

από αυτά μπορούμε να απορροφήσουμε και με ποιον τρόπο θα το επιτύχουμε αυτό.

Όμως για να μην αποτελέσουν όλα αυτά μόνο απλές συστάσεις ενός σχεδίου δράσης και να περάσουμε σε επιτυχή εφαρμογή, είναι απαραίτητο να υιοθετηθούν σαφείς διαδικασίες αξιολόγησης παρακολούθησης της εκτέλεσης, οι οποίες είναι απαραίτητο να λαμβάνουν υπ' όψιν την έκβαση και τις εμπειρίες των ίδιων των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας.

Πίσω από όλα αυτά που ανέφερα βρίσκονται άνθρωποι. Βρίσκεται ένα ολοκληρωμένο οικοσύστημα, το οποίο έχει γνώση, εμπειρία, δυνατότητες. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, άλλοι επαγγελματίες υγείας, η ακαδημαϊκή κοινότητα, ερευνητικά κέντρα, επιχειρήσεις από τον φαρμακευτικό και ιατροτεχνολογικό χώρο, νοσηλευτικά ιδρύματα και φυσικά εμείς ως εκπρόσωποι των ασθενών με καρκίνο έχουμε μάθει να συνεργαζόμαστε, να παράγουμε έργο, να καταθέτουμε προτάσεις, να προάγουμε την αριστεία στη φροντίδα του καρκίνου. Βρισκόμαστε λοιπόν στη διάθεση του Υπουργείου Υγείας, πρόθυμοι να δουλέψουμε για τη δημιουργία του εθνικού σχεδίου δράσης που έχει εξαγγελθεί και ζητούμε να αξιοποιηθεί αυτή η δυναμική που έχει αναπτυχθεί στον μέγιστο βαθμό. ●



Mike Holmes

Vice-president
Global medical & scientific affairs oncology therapeutic area
MSD Global

Σκεφτόμουν όσα είπαν ο υπουργός και οι διακεκριμένοι ογκολόγοι πριν από λίγο, και, ειλικρινά, νομίζω ότι εμείς στην MSD μοιραζόμαστε σε μεγάλο βαθμό πολλές από τις απόψεις που ακούσαμε εδώ.

Στα επόμενα πέντε ή έξι λεπτά θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας τρεις σκέψεις μου. Η πρώτη αφορά τη μεγάλη πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Άκουσα με ενδιαφέρον τον υπουργό να κάνει λόγο για το ευρύ κοινό ή τον γενικό πληθυσμό που δεν ήθελε καν να αναφέρει τη λέξη «καρκίνος». Το ίδιο συνέβαινε και στη χώρα μου, το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι άνθρωποι συνήθιζαν να μιλούν για το “Big C”, αλλά δεν έλεγαν τη λέξη «καρκίνος». Αυτό αλλάζει. Υπάρχει πολύ μεγαλύτερη διαφάνεια στη συζήτηση για τον καρκίνο. Νομίζω ότι το «στίγμα» –αν και δεν έχει εξαλειφθεί εντελώς– έχει τουλάχιστον μειωθεί γύρω από τη διάγνωση του καρκίνου, γεγονός που είναι πραγματικά πολύ καλό.

Νομίζω ότι έχουμε σημειώσει μεγάλη πρόοδο. Βλέπουμε τα ποσοστά θνησιμότητας να μειώνονται σε πολλούς καρκίνους. Κάποιοι από εσάς μπορεί να έχετε δει ότι η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία δημοσίευσε πρόσφατα την ετήσια έρευνά της για τα ποσοστά θνησιμότητας και βλέπουμε γενικά ότι, σχεδόν σε όλους τους πιο κοινούς καρκίνους, στον καρκίνο του πνεύμονα, τον καρκίνο του παχέος εντέρου, τον καρκίνο του μαστού –εκεί υπήρξε ενδεχομένως μια μικρή αύξηση της θνησιμότητας στις ΗΠΑ κατά το τελευταίο έτος–, η θνησιμότητα βελτιώνεται.

Παράλληλα, ακούσαμε πολλά περί νέων τεχνολογιών. Ακούσαμε ήδη από τους προηγούμενους ομιλητές για το πώς η τεχνολογία κάνει πραγματική διαφορά, είτε πρόκειται για ανοσολογικά ογκολογικά φάρμακα, για φάρμακα που στοχεύουν τον καρκίνο, την πιο έγκαιρη διάγνωση, τον προσυμπτωματικό έλεγχο, τη χρήση βιοδεικτών: όλα αυτά συμβάλλουν νομίζω στη μεγάλη πρόοδο που σημειώνουμε. Επιτρέψτε μου σε αυτό το σημείο, να αναφέρω έναν ή δύο συγκεκριμένους τύπους καρκίνου στους οποίους έχουμε δει πραγματική πρόοδο. Θα σας δώσω ένα παράδειγμα: το μελάνωμα. Πριν από δέκα ή δεκαπέντε χρόνια, το μελάνωμα ήταν ουσιαστικά μια μεταστατική νόσος, με την πλειονότητα των ασθενών, δυστυχώς, να μην επιβιώνει πέραν των 12 μηνών. Τώρα βλέπουμε πραγματική παράταση της επιβίωσης με ορισμένες από τις νεότερες θεραπείες. Βλέπουμε επιβίωση που είναι ίσως δέκα φορές μεγαλύτερη από ό,τι στο παρελθόν.

Το ίδιο ισχύει και για τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Και πάλι, ο μέσος όρος της συνολικής επιβίωσης για τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα στο παρελθόν ήταν μικρότερος από 12 μήνες, ενώ τώρα βλέπουμε ότι για τους ασθενείς που διαγνώστηκαν μεταξύ 2016 και 2018, το ένα τρίτο τους ζει περισσότερο από πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση.

Έχουμε δει τον αντίκτυπο της πρόληψης μέσω του εμβολιασμού, παραδείγματος χάρι μέσω του εμβολιασμού εναντίον του HPV, και τον αντίκτυπό του στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Όλα αυτά νομίζω ότι είναι παραδείγματα που ενισχύουν τις ελπίδες μας.

Τούτων λεχθέντων, εκτιμούμε ότι μπορεί και πρέπει οπωσδήποτε να κάνουμε περισσότερα. Έχουμε έναν πληθυσμό που γερνάει, βλέπουμε αυξημένα ποσοστά καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, μιας ασθένειας που παραμένει τεράστια πρόκληση για την υγεία και τεράστιο βάρος, το οποίο όλοι οι εμπλεκόμενοι πρέπει να συνεργαστούμε για να σηκώσουμε.

Παρατηρούμε επίσης κάποιες ανησυχητικές τάσεις που αφορούν την αύξηση των ποσοστών καρκίνου σε νεότερες ηλικίες και αυτό οφείλουμε να το αναγνωρίσουμε. Για παράδειγμα, στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έχουμε δει ότι σε άτομα ηλικίας 30 έως 44 ετών, τα τελευταία δέκα χρόνια παρουσιάζεται περίπου 2% αύξηση του ποσοστού που καταγράφεται, οπότε πρέπει να είμαστε κι εκεί ιδιαίτερα προσεκτικοί.

Παράλληλα, υπάρχουν πολλά που πρέπει να γίνουν στον τομέα της πρόληψης. Οι μισοί περίπου καρκίνοι, πιθανώς μπορούν να προληφθούν. Για τους παράγοντες κινδύνου όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα, το αλκοόλ, υπάρχουν πολλά που θα μπορούσαν να γίνουν μέσω πρωτοβουλιών που εστιάζουν στη δημόσια υγεία και γνωρίζω ότι γίνεται δουλειά εδώ στην Ελλάδα για το κάπνισμα, για τη μείωση των ποσοστών του καπνίσματος για παράδειγμα, πράγμα που νομίζω ότι είναι υψίστης σημασίας, ενώ, ταυτόχρονα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι απαραίτητος. Γνωρίζω επίσης ότι η Ελλάδα τώρα συμμετέχει πραγματικά πολύ περισσότερο στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου, του τραχήλου της μήτρας και νομίζω ότι συμμετέχει επίσης στο ευρωπαϊκό πιλοτικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα. Γνωρίζουμε ότι η έγκαιρη ανίχνευση δίνει καλύτερα αποτελέσματα, περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπιστεί η νόσος



σε πρώιμο στάδιο, περισσότερες ευκαιρίες για παρατεταμένη ύφεση.

Έτσι, όσον αφορά την τελευταία, την τρίτη μου σκέψη, αισθάνομαι τη δυναμική εδώ, αισθάνομαι τη δυναμική από τις δηλώσεις που άκουσα από τα υπόλοιπα μέλη του πάνελ εδώ, αισθάνομαι μια δυναμική και μια πραγματική ώθηση, μια πραγματική προθυμία να συνεχίσουμε να αντιμετωπίζουμε τον καρκίνο. Νομίζω ότι, καθώς έχουμε βελτιώσεις στις θεραπείες, έχουμε νέες μεθόδους, νέους βιοδείκτες, όλα αυτά θα μας φέρουν πραγματικά σε μια εποχή που η φιλοδοξία μας θα γίνει πραγματικότητα, να μετατρέψουμε, δηλαδή τον καρκίνο από θανατηφόρα ασθένεια σε χρόνια, μια ασθένεια με την οποία οι ασθενείς θα μπορούν να ζουν.

Ένα άλλο σημείο πριν κλείσω, όσον αφορά την ποιότητα της περίθαλψης. Χάρηκα πολύ που σας άκουσα να αναφέρετε την ποιότητα της περίθαλψης. Είναι κάτι που εμείς στην MSD έχουμε δεσμευτεί να παρέχουμε. Σκεφτόμαστε ολόκληρη την εμπειρία της θεραπείας, έχουμε μια ολιστική προσέγγιση. Δεν τη σκεφτόμαστε μόνο ως θεραπεία. Βεβαίως, σκεφτόμαστε πολύ τις κλινικές δοκιμές φάσης 3 και τα αποτελέσματα των θεραπειών που παρέχουμε, την καταγραφή των δεδομένων και τις συζητήσεις με τους πληρωτές, αλλά πρέπει πάντα να σκεφτόμαστε τον ασθενή ως ολότητα. Νομίζω ότι και οι ασθενείς θα απαιτήσουν πραγματικά να έχουμε αυτού του είδους την προσέγγιση στην ποιότητα της περίθαλψης. Ποιότητα ζωής και εξέταση ολόκληρης της θεραπείας αντί να εστιάζουμε απλώς σε μια πιο «στενή» άποψη περί αποτελεσματικότητας.

Ολοκληρώνοντας την αναφορά στις τρεις σκέψεις μου, ήθελα να πω ότι εμείς στην MSD ενδιαφερόμαστε πολύ για την πολιτική, προσβλέπουμε στη συνεργασία με τις εθνικές κυβερνήσεις, με κορυφαίες ογκολογικές ενώσεις. Είμαστε ενθουσιασμένοι με το ελληνικό εθνικό σχέδιο για τον καρκίνο και θέλουμε να συμμετέχουμε σε αυτήν τη συζήτηση. Είναι κάτι στο οποίο είμαστε ταγμένοι.

Κλείνοντας, θα ήθελα πραγματικά να ευχαριστήσω και πάλι τους διοργανωτές για την ευκαιρία που μου έδωσαν να εκφράσω κάποιες σκέψεις εκ μέρους της MSD και να πω ότι αισθανόμαστε πως είμαστε κομμάτι του συνόλου των εμπλεκομένων που θα πρέπει να δραματίσουν καίριο ρόλο ώστε να υπάρξει σημαντικός αντίκτυπος στη ζωή των ασθενών με καρκίνο. ●



Ανδρέας Χαραλάμπους

Πρώην πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Καρκίνου

Πρώην πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Νοσηλευτών Ογκολογίας

Καθηγητής Ογκολογίας και Ανακουφιστικής Φροντίδας

Το θέμα της σημερινής παρουσίασης είναι το ευρωπαϊκό σχέδιο κατά του καρκίνου (EU Beating Cancer Plan), οι καταβολές του και οι προοπτικές που ανοίγει μπροστά μας όσον αφορά την ευρύτερη διαχείριση της κακοήθειας σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Το ευρωπαϊκό σχέδιο για τον καρκίνο είναι ίσως η μεγαλύτερη πολιτική δέσμευση σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η οποία ανακοινώθηκε το 2019 και έκτοτε βρίσκεται στο προσκήνιο όσον αφορά τις πολιτικές επιλογές της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Καρκίνου (European Cancer Organisation-ECO) είναι μια ομοσπονδία που απαρτίζεται από 41 επαγγελματικούς συνδέσμους, όπως επίσης και από 21 συνδέσμους ασθενών και εκπροσωπεί όλα τα πεδία που αφορούν τη διαχείριση της κακοήθειας σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ο οργανισμός εκπροσωπεί όλους αυτούς τους συνδέσμους σε μια προσπάθεια να μιλούν με μια κοινή φωνή προς επίτευξη του στόχου για μείωση της επιβάρυνσης της κακοήθειας και την παροχή ποιοτικής φροντίδας στα άτομα που έχει αγγίξει η κακοήθεια.

Το ευρωπαϊκό σχέδιο καταπολέμησης του καρκίνου ανακοινώθηκε το 2019, αλλά οι προσπάθειες είχαν ξεκινήσει πολύ πριν. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Καρκίνου ήταν πρωτεργάτης έτσι ώστε να τεθούν το πλαίσιο και οι κατευθύνσεις στις οποίες το σχέδιο θα έπρεπε να επικεντρωθεί. Τον Φεβρουάριο του 2021 το σχέδιο ανακοινώθηκε επίσημα. Απαρτίζεται από περισσότερες από 40 διακριτές πρωτοβουλίες, στις οποίες επικεντρώνονται οι προσπάθειες για την καλύτερη διαχείριση της κακοήθειας, ενώ επίσης για πρώτη φορά το σχέδιο καλύπτεται από μια σημαντική χρηματοδότηση που κυμαίνεται στα 4 δις ευρώ. Το EU4HEALTH, το Horizon Europe και το Digital Europe programme είναι μερικά από τα προγράμματα στα οποία οι εθνικές κυβερνήσεις μπορούν να απευθυνθούν, έτσι ώστε να χρηματοδοτήσουν πρωτοβουλίες που αφορούν τη διαχείριση της κακοήθειας.

Το ευρωπαϊκό σχέδιο για τον καρκίνο έχει διάφορους στόχους, οι οποίοι περιλαμβάνουν – μεταξύ άλλων: την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων καρκίνων οι οποίοι προκαλούνται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), τη δημιουργία μιας γενιάς η οποία θα είναι ελεύθερη από καπνό –έτσι ώστε μέσα στα επόμενα χρόνια μόνο το 5% των ατόμων να καπνίζει αντί για 25% που είναι σήμερα– και τη διασφάλιση της πρόσβασης σε σχετικά προγράμματα ανίχνευσης για το 90% των Ευρωπαίων πολιτών που πληροί τις προϋποθέσεις για διαγνώσεις οι οποίες αφορούν τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο του τραχήλου της μή-

τρας και τους ορθοκολικούς καρκίνους. Επίσης, είναι εξαιρετικά σημαντικό να διασφαλίσουμε ότι μέχρι το 2030 το 90% των ατόμων που διαγιγνώσκεται με κακοήθεια θα έχει πρόσβαση σε κέντρα ολοκληρωμένης φροντίδας (Comprehensive Cancer Centers) για την κακοήθεια. Αυτοί είναι οι κύριοι στόχοι του ευρωπαϊκού σχεδίου για τον καρκίνο.

Το σχέδιο απαρτίζεται από 9 πυλώνες συνολικά· δεν «τρέχουν» όλοι συγχρόνως, αλλά κάποιοι πρέπει να «τρέξουν» πρώτα έτσι ώστε να δώσουν τη βάση για να προχωρήσουν οι επόμενοι. Μια σειρά προγραμμάτων έχει χρηματοδοτηθεί μέσω της ΕΕ για την εφαρμογή στην πράξη των διαφόρων παραμέτρων του ευρωπαϊκού σχεδίου για τον καρκίνο, τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η διαφορά του ευρωπαϊκού σχεδίου για τον καρκίνο είναι ότι δεν εκτείνεται μόνο στο στενό χρονικό πλαίσιο που έχει αναφερθεί, δηλαδή μέχρι το 2025. Οι αλλαγές και οι καινοτομίες που επιφέρει είναι εδώ για να μείνουν, διότι πολλές από τις αλλαγές περνούν μέσα από την ευρωπαϊκή νομοθεσία. Για παράδειγμα, η αναγκαιότητα καθαρότερου περιβάλλοντος, καθαρότερου νερού, καθαρότερου αέρα έχει διασφαλιστεί μέσω της σχετικής ευρωπαϊκής νομοθεσίας (π.χ. Directive 2008/50/EC on ambient air quality and cleaner air for Europe).

Τα εθνικά σχέδια καταπολέμησης του καρκίνου είναι απαραίτητα. Είναι αυτά τα σχέδια τα οποία δίνουν τη συστηματική αντιμετώπιση και διαχείριση της κακοήθειας. Χωρίς αυτά τα εθνικά σχέδια, όταν τελειώσει το ευρωπαϊκό σχέδιο για τον καρκίνο, οι εθνικές πρωτοβουλίες θα πάψουν. Όμως δεν είναι αυτό που θέλουμε. Επομένως, με τη στήριξη αυτών των εθνικών σχεδίων για τον καρκίνο μπορούν να εξακολουθήσουν να «τρέχουν» τα προγράμματα εμβολιασμών κατά του HPV καθώς και τα προγράμματα ανίχνευσης που στοχεύουν πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

Το ευρωπαϊκό σχέδιο για τον καρκίνο φαίνεται ως ένα εξαιρετικό σχέδιο. Φαίνεται να είναι προς το τέλος του, όμως δεν είναι. Θα διαφωνήσω με αυτό που έχει λεχθεί στην αρχή, ότι θα πρέπει να βρούμε μια καινούργια λέξη για τον καρκίνο. Η δουλειά για την αποτελεσματική διαχείριση της κακοήθειας δεν έχει επιτελεστεί ούτε κατά το ήμισυ. Οι προσπάθειες όχι μόνο πρέπει να συνεχιστούν, αλλά πρέπει να εντατικοποιηθούν. Πρέπει να φροντίσουμε μέσα από τις ενέργειές μας, το ευρωπαϊκό σχέδιο και τα εθνικά σχέδια για τον καρκίνο να μπουν σε πλήρη εφαρμογή. Θα πρέπει αυτά τα σχέδια να είναι δυναμικά και συνεχώς να επικαιροποιούνται, έτσι ώστε να μπορούν να ενσωματώνουν καινοτομίες



και αλλαγές που επέρχονται κατά το διάστημα της υλοποίησής τους, ενώ θα πρέπει να υπάρχει και μια σαφής στατη στοχοπροσέλιωση στην εφαρμογή τους. Και για αυτό ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Καρκίνου «τρέχει» την πρωτοβουλία “Time to Accelerate: Together Against Cancer”, έτσι ώστε η πλήρης εφαρμογή του ευρωπαϊκού σχεδίου για τον καρκίνο να γίνει πραγματικότητα. Όπως επίσης πραγματικότητα θα πρέπει να γίνει και η εφαρμογή των 27 εθνικών σχεδίων κατά του καρκίνου σε όλες τις χώρες μέλη της ΕΕ. ●



Ειρήνη Αγαπηδάκη

Αναπληρώτρια υπουργός Υγείας

Εχω την ευκαιρία να είμαι σήμερα μαζί σας ξανά μετά από έναν χρόνο και μπορούμε να δούμε ποιες αλλαγές έχουν υπάρξει όσον αφορά την πρόληψη, την πρόσβαση στη θεραπεία αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Ειδικά σε ό,τι αφορά τη σύνδεση της δημόσιας υγείας με τα θέματα του καρκίνου από τη σκοπιά της πρόληψης, θα ήθελα να σταθώ σε ορισμένα βασικά σημεία.

Πριν από περίπου έναν μήνα, η Κομισιόν πρότεινε στο Συμβούλιο τρία βασικά πράγματα, τα οποία η χώρα μας έχει κάνει ήδη – και είναι από τις ελάχιστες φορές που μπορούμε να λέμε ότι έχουμε προχωρήσει ήδη σε αλλαγές που συστήνει η Κομισιόν σε άλλα κράτη μέλη. Κατ' αρχάς, πρότεινε την επέκταση του εμβολιασμού HPV και στα αγόρια. Η χώρα μας το έχει κάνει ήδη γνωρίζετε ότι το εμβόλιο αποζημιώνεται για κορίτσια και αγόρια και θα συνεχίσει να αποζημιώνεται και για το τρέχον έτος και για το επόμενο. Έχουμε υιοθετήσει τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και θέλουμε να τους επιτύχουμε.

Αρα λοιπόν ξεκινάμε μια πανστρατιά για αυτό το θέμα. Είναι πολύ σημαντικό όλοι μας, η ιατρική κοινότητα, οι επαγγελματίες υγείας, ακόμα και οι ίδιοι, ως πολίτες, στις οικογένειές μας, στις μητέρες μας, στις κόρες, στις γιαγιάδες μας, να συστήνουμε να κάνουν τις εξετάσεις οι οποίες είναι δωρεάν, είτε αφορούν τον καρκίνο του μαστού, είτε αφορούν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είτε όλα τα υπόλοιπα προγράμματα, τα οποία έρχονται σιγά σιγά. Είναι ένα θέμα ζωής και θανάτου, είναι μια μάχη στην οποία είμαστε όλοι μαζί και πρέπει η χώρα να νικήσει – δεν υπάρχει άλλη επιλογή.

Η Κομισιόν μιλάει επίσης για παρακολούθηση της εμβολιαστικής κάλυψης μέσα από το ψηφιακό παιδιατρικό βιβλιάριο, κάτι που είναι μια πραγματικότητα για τη χώρα μας ήδη από το 2022. Καταλαβαίνετε πόσο σημαντικό είναι αυτό και τι δυνατότητες μάς δίνει για να μπορούμε να συλλέγουμε δεδομένα, να βλέπουμε σε ποιες περιοχές και σε ποιες ομάδες δεν υπάρχει καλή εμβολιαστική κάλυψη. Έχουμε προχωρήσει σε μια σειρά από πολιτικές με την πολύτιμη συνεργασία του ΕΟΔΥ, που στέκεται αρωγός στις προσπάθειες του Υπουργείου Υγείας, ώστε να μπορούμε να έχουμε καλύτερη επαφή, μεγαλύτερη διείσδυση σε ομάδες του πληθυσμού που μαστίζονται από τις κοινωνικές ανισότητες και –είτε λόγω χαμηλού εγγραμματισμού υγείας είτε για άλλους λόγους– συνήθως δεν συμμετέχουν στα προγράμματα πρόληψης.

Είμαστε επίσης σε μια συνεργασία αυτόν τον καιρό με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας προκειμένου να ενταχθεί η Ελλάδα στο International Agency for Research on Cancer. Είναι ένας πολύ σημαντικός φορέας για την έρευνα στον καρκίνο. Αυτό θα δώσει στη χώρα μας τα εξής πλεονεκτήματα: Πρώτον, γνωρίζετε ότι τρέχουμε όλα αυτά τα προγράμματα πρόληψης, αλλά χρειάζεται έρευνα για να διαπιστωθεί πώς τα αξιολογούμε, τι μπορεί να βελτιωθεί στους επόμενους κύκλους των προγραμμάτων, πώς μπορούμε να ενσωματώνουμε σε αυτά τη νέα τεχνολογία. Είναι πολύ σημαντικό, λοιπόν, να είμαστε στην πρώτη γραμμή, ούτως ώστε να μπορούμε να έχουμε πρόσβαση στα νέα τεστ και τις νέες τεχνολογίες για τον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου. Και δεύτερον, θα διαμορφώνουμε επιτέλους τις εξελίξεις και τις προτεραιότητες στην έρευνα στα θέματα του καρκίνου.

Γνωρίζετε ότι πέρα από το πρόγραμμα πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού, υλοποιούμε το πρόγραμμα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας – ξεκινάει μάλιστα αυτόν τον μήνα. Μέχρι τον Ιούνιο θα βγει και το πρόγραμμα πρόληψης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η χώρα μας είναι μία από τις πρώτες χώρες που θα υλοποιήσουν πρόγραμμα πρόληψης για τον καρκίνο του πνεύμονα και αντίστοιχο για τον καρκίνο του δέρματος, καθώς και μια σειρά από άλλες τέτοιες δράσεις που αφορούν και την πρωτογενή πρόληψη (διατροφή, άσκηση, πρόληψη της παχυσαρκίας σε παιδιά και ενήλικες).

Θέλω να τονίσω το εξής: ανεξάρτητα από τις προσπάθειες που κάνει το Υπουργείο Υγείας, έχει σημασία να αγκαλιάσουμε τον τομέα της πρόληψης, να συνειδητοποιήσουμε ότι για πρώτη φορά η χώρα επενδύει πραγματικά εκατοντάδες εκατομμύρια ευρώ σε κάτι στο οποίο δεν είχε δοθεί ποτέ η προσοχή που έπρεπε. Και η προσοχή δόθηκε εξαιτίας της πανδημίας. Εξαιτίας της πανδημίας, των καθυστερημένων διαγνώσεων, όλων αυτών των επιπτώσεων, ανακαλύψαμε τη δημόσια υγεία, γίναμε μέρος του ευρωπαϊκού χάρτη για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του καρκίνου και ερχόμαστε τώρα να τα κάνουμε όλα αυτά πράξη.

Επίσης, βρισκόμαστε σε συνεργασία με το ΕΚΠΑ, με το οποίο έχουμε συγκροτήσει μια μεγάλη ομάδα ειδικών αλλά και με φορείς της κοινωνίας των πολιτών, ώστε να μπορέσουμε να επικαιροποιήσουμε το εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο και να έχουμε μια ειδική εστίαση, με τις εφαρμοστικές μελέτες, στο να γίνει επιτέλους πραγματικότητα η ανακουφιστική φροντίδα στη χώρα μας. ●



Γιάννης Τούντας

Ομ. καθηγητής Ιατρικής ΕΚΠΑ
Διευθυντής Ινστιτούτου Κοινωνικής
και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ)

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στην υγεία με διάφορους τρόπους. Οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου ή κάθε ομάδας ατόμων, η κατοικία, το κοινωνικό και προσωπικό κεφάλαιο (η οικογένεια και η εκπαίδευση), η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας και βέβαια ο πολιτισμός, που σφραγίζει την ιδιαιτερότητα και τη διαφορετικότητα κάθε κοινωνίας και κάθε κοινωνικής ομάδας, καθώς και οι συμπεριφορές υγείας που υιοθετούν τα άτομα κάθε ομάδας αποτελούν μείζονος σημασίας παράγοντες που επιδρούν στην υγεία¹.

Από όλους αυτούς τους παράγοντες, ο πιο σημαντικός είναι ασφαλώς η οικονομική κατάσταση. Η φτώχεια αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία. Εκτός όμως από την οικονομία, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, και κυρίως η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης και η παρεχόμενη κοινωνική προστασία.

Ο ΠΟΥ, σε πρόσφατη έκθεσή του για την ισότητα στην υγεία, οργάνωσε τους προσδιοριστές υγείας που ευθύνονται για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία σε πέντε βασικούς τομείς: 1) υπηρεσίες υγείας, 2) εισοδηματική ασφάλεια και κοινωνική προστασία, 3) συνθήκες διαβίωσης, 4) κοινωνικό και ανθρώπινο κεφάλαιο και 5) απασχόληση και συνθήκες εργασίας.

Οι κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία έχουν μελετηθεί και στη χώρα μας. Μειωμένη θνησιμότητα έχει καταγραφεί στις ανώτερες τάξεις και τα υψηλότερα εισοδήματα, ενώ αυξημένη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα έχει καταγραφεί σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα. Στις περιοχές αυτές ήταν αυξημένη και η παιδική θνησιμότητα. Η Θράκη, η οποία παρουσίαζε το χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο, έχει και τους υψηλότερους δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας.

Η Ελλάδα βίωσε διεύρυνση των ΚΑΥ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, την περίοδο 2010-2018. Τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής που ακολούθησε η χώρα επηρέασαν το βιοτικό επίπεδο των ελληνικών νοικοκυριών μέσω διαφόρων τρόπων, όπως οι μειώσεις στους μισθούς και τις συντάξεις του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, η ραγδαία άνοδος των ποσοστών ανεργίας, καθώς και η ευρύτερη, άμεση και έμμεση, αύξηση των φόρων. Η παροχή δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης επηρεάστηκε επίσης σημαντικά

από τις περικοπές των δαπανών για την υγεία, τη μείωση του αριθμού ατόμων που δικαιούνται επιδόματα, την αύξηση του κόστους που επιβαρύνει τους χρήστες και τις ευρύτερες θεσμικές μεταρρυθμίσεις, με συνέπειες που μόλις τώρα αρχίζουν να αξιολογούνται επαρκώς. Η ευρύτερη εικόνα είναι πως η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη διακυβεύθηκε σε μεγάλο βαθμό κατά τη διάρκεια της κρίσης, ως αποτέλεσμα και της διαδικασίας δημοσιονομικής προσαρμογής.

Το 2013 το 25% των χρόνιων ασθενών στην Ελλάδα αντιμετώπιζε γεωγραφικά εμπόδια, ενώ το 63,5% και το 58,5% αντιμετώπιζε οικονομικά εμπόδια και εμπόδια σχετιζόμενα με λίστες αναμονής, αντίστοιχα. Οι άνεργοι, οι ομάδες με χαμηλό εισόδημα και εκείνες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν οικονομικά εμπόδια, ενώ οι γυναίκες, οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και οι ασθενείς με χειρότερο επίπεδο υγείας είχαν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν γεωγραφικά εμπόδια. Επίσης, η πιθανότητα να εμφανιστούν λίστες αναμονής είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ανέργων, των εργαζομένων και των ομάδων με χαμηλό εισόδημα. Το σχετικό χάσμα στην πρόσβαση σε περίθαλψη μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων πληθυσμιακών ομάδων σχεδόν δεκαπλασιάστηκε μεταξύ 2008 και 2013. ●

¹ (Τούντας, 2021).



Ανδριανή Χαρπίδου

Πνευμονολόγος
Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
Ομώνυμο Εργαστήριο ΕΚΠΑ
ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει τεράστια άλματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα. Τόσο στη θεραπεία –με την εμφάνιση και εφαρμογή νέων πρωτοποριακών θεραπειών και θεραπευτικών στρατηγικών– όσο και στην πρόληψη, με την εμφάνιση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Όμως η πρόσβαση σε αυτές τις καινοτόμους θεραπείες και στρατηγικές φαίνεται ότι δεν είναι ισότιμη για όλους. Εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις διαφορές σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο ανάμεσα στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά και τις αντίστοιχες διαφορές που μπορεί να υπάρχουν στον πληθυσμό της κάθε χώρας ξεχωριστά.

Οι ομάδες με χαμηλότερο κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες στον καρκίνο του πνεύμονα γιατί:

- Εκτίθενται σε μεγαλύτερο ποσοστό στους παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, περιβαλλοντική μόλυνση, οικιακή μόλυνση, ανθυγιεινό περιβάλλον εργασίας).
- Έχουν δυσκολότερη πρόσβαση στις οργανωμένες δομές υγείας με αποτέλεσμα: να διαγιγνώσκονται σε πιο προχωρημένα στάδια, συχνά να χάνουν προγραμματισμένα ραντεβού θεραπείας ή και να μη λαμβάνουν τη βέλτιστη θεραπεία. Συχνά τα προβλήματα αυτά είναι άσχετα με οικονομικούς παράγοντες, αλλά έχουν να κάνουν με την απόσταση, τη μη γνώση της γλώσσας και τη γραφειοκρατία.
- Είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες.
- Έχουν μικρότερη και ατελή πληροφόρηση για τον καρκίνο του πνεύμονα.
- Συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν ιατρικές οδηγίες.
- Και όλα τα παραπάνω επιτείνονται από το στίγμα του καπνιστή.

Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα άνθρωποι που ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες να έχουν δύο με τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν και να πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα.

Αναγνωρίζοντας το πρόβλημα, η Ελληνική Εταιρεία Καρκίνου Πνεύμονα (ΕΛΕΚΑΠ) στο πλαίσιο της κοινωνικής της δράσης οργάνωσε τον προηγούμενο Νοέμβριο –τον μήνα για την ευαισθητοποίηση για τον καρκίνο του πνεύμονα– μια καμπάνια με τίτλο «Προσοχή στο Κενό».

Σε μια σειρά δράσεων, μεταξύ των οποίων και η υπογραφή κειμένου συναίνεσης (*consensus statement*) –στη σύνταξη του οποίου συνέβαλε και η Mary Bussell–, ο στόχος ήταν η ενημέρωση αλλά και η δέσμευση ότι δεν θα γυρίσουμε την πλάτη στην κοινωνική ανισότητα απέναντι στον καρκίνο του πνεύμονα.

Στην προσπάθειά μας αυτήν είχαμε αρωγούς, εκτός από τα μέλη της ΕΛΕΚΑΠ, καταξιωμένους επιστήμονες από τον χώρο της ογκολογίας θώρακα, το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών αλλά και πολιτειακούς θεσμούς: το Υπουργείο Υγείας, την Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας και τον Δήμο Αθηναίων.

Είναι λοιπόν ευθύνη όλων μας να γεφυρώσουμε το κενό και να εξαλείψουμε τις ανισότητες. Κλείνοντας παραθέτω τις πέντε προτάσεις του *consensus statement*:

1. Υλοποίηση και επέκταση των προγραμμάτων πρόληψης
2. Έμφαση στην έγκαιρη ανίχνευση
3. Εξασφάλιση ισότιμης και βιώσιμης πρόσβασης στη θεραπεία
4. Δημιουργία συμπτωμάτων
5. Καταπολέμηση του στίγματος του καπνιστή. ●



Μιχάλης Νικολάου

Παθολόγος ογκολόγος

Ειμελητής Α', Α' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική

ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», επιστημονικά υπεύθυνος του Τμ. Κατ' Οίκον Θεραπείας

Αντιπρόεδρος ΕΟΠΕ

Θα προσπαθήσω να σκιαγραφήσω το κατά πόσον είναι εφικτό ή είναι ουτοπία να έχουμε πόλεις ελεύθερες καρκίνου. Βέβαια, για να απαντήσει κανείς σε αυτό το ερώτημα, πρέπει να διαμορφώσει το πλαίσιο.

Οι περιπτώσεις καρκίνων σε συνάρτηση με τον χρόνο αυξάνονται, άρα ως πολιτεία θα πρέπει να ετοιμαστούμε για αυτό που επίκειται. Οι θάνατοι όμως έχουν ένα σταθερό ποσοστό, γεγονός που δείχνει ότι η μάχη κατά του καρκίνου κερδίζεται στα σημεία. Διαικώς «διαμορφώνονται» άνθρωποι οι οποίοι θα γίνουν λήπτες υπηρεσιών, στις οποίες πρέπει να υπάρχει ισότιμη πρόσβαση.

Το πρώτο κριτήριο, σε ένα παγκόσμιο επίπεδο, είναι το οικονομικό. Βλέπουμε ότι η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου στην Ευρώπη και την Αμερική είναι ακριβώς ίδια, ενώ η Ασία έχει διπλάσια ποσοστά και η Αφρική πολύ χαμηλότερα. Αυτό μπορεί να έχει να κάνει με τον τρόπο ζωής, με το γεγονός ότι ο πληθυσμός στην Ευρώπη και την Αμερική γηράσκει –άρα δίνεται η δυνατότητα να εμφανιστεί ο καρκίνος–, με τη διάγνωση κ.ο.κ. Οι επιστήμονες έχουμε βαθιά πεποίθηση –και εμείς μέσω της ΕΟΠΕ κάναμε μια μεγάλη σχετική καμπάνια ενημέρωσης– ότι το 50% των πιο συχνών καρκίνων μπορεί να προληφθεί. Και αυτό μπορεί να γίνει μέσα από τη σωστή διατροφή, την άσκηση, τον έλεγχο του σωματικού βάρους, τη διακοπή του καπνίσματος, την προστασία από τον ήλιο, αλλά και με τον εμβολιασμό κατά των ογκογόνων ιών που είναι γνωστό ότι μπορούν να προάγουν την καρκινογένεση.

Μέσα από αυτήν τη διαδικασία της πρόληψης μπορούμε μέχρι και να εξαλείψουμε μορφές καρκίνων, όπως του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του δέρματος, αλλά κυρίως ο καρκίνος του πνεύμονα που είναι ένας σημαντικός τύπος καρκίνου και έχει μεγάλες επιπτώσεις για την κοινωνία μας, θα μπορούσαν να ελαττωθούν σε μεγάλο ποσοστό. Είναι σημαντικό να πούμε ότι η επιστήμη σήμερα μάς έχει δώσει όλα αυτά τα μέσα, έτσι ώστε να αναλύσουμε τις γενετικές πληροφορίες και να δούμε τις πιθανότητες ύπαρξης μεταλλάξεων, οι οποίες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε καρκίνο. Άρα, έχει διαμορφωθεί ένα σημαντικό πλαίσιο, έχουμε πολλά όπλα.

Από την άλλη, βέβαια, έχουμε το τεράστιο πρόβλημα της περιβαλλοντικής ρύπανσης. Έχουμε μολύνει υπερβολικά τον πλανήτη μας, νανοσωματίδια πλαστικού έχουν περάσει στη διατροφική μας αλυσίδα, η ποιότητα

του νερού αλλά και της ατμόσφαιρας είναι πολύ επιβαρυνμένη. Και όλα αυτά διαμορφώνουν τις σύγχρονες πόλεις μας, οι οποίες είναι δομημένες άναρχα και χωρίς να εξυπηρετούν τις βασικές ανάγκες των πολιτών και τον στόχο της υγιούς συμβίωσής τους.

Άρα είναι στοίχημα ή είναι ουτοπία να έχουμε πόλεις ελεύθερες καρκίνου; Θα σταθώ στο παράδειγμα της Αυσυπάλαιας, που κατά τη γνώμη μου είναι ένα επιτυχημένο μοντέλο και δείχνει το μέλλον. Δείχνει ότι όταν μεγάλοι φορείς συνεργάζονται μπορούν να πετύχουν θαύματα. Να θυμίσω ότι το παράδειγμα της Αυσυπάλαιας αφορά την πλήρη απαλλαγή από τα ορυκτά καύσιμα, κάτι που επετεύχθη και με τη βοήθεια μιας γνωστής αυτοκινητοβιομηχανίας. Επελέγη η Αυσυπάλεια γιατί είναι ένα μικρό νησί στο οποίο μπορούν οι μεταβολές να φανούν πολύ γρήγορα. Αυτό το πρότυπο θα μπορούσε να λειτουργήσει και για τις cancer-free πόλεις, με τη λογική ότι, εάν περνούσαμε σε ένα επόμενο στάδιο, να ελέγξουμε την ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνουν οι άνθρωποι, την ποιότητα του ύδατος, της ατμόσφαιρας, αλλά επίσης να έχουμε ανοιχτούς χώρους για άθληση και ενασχόληση με τη φύση, να γίνουν μέσα μαζικής μεταφοράς τα οποία θα μπορούσαν να αφαιρέσουν ένα μέρος του άγχους που προκαλείται από την καθημερινή κίνηση και έτσι να ελαφρύνουν όλο αυτό το στρεσογόνο φορτίο που υφίσταται κάθε άνθρωπος, τότε θα μπορούσαμε να μιλάμε για μια εξέλιξη.

Είναι πολύ σημαντικό ότι υπάρχει ένας οδικός χάρτης από την ΕΕ που καθορίζει το πλαίσιο, χρηματοδοτώντας τις καλές πρακτικές και βάζοντας ψηλά στην ατζέντα τη δυνατότητα υλοποίησης τέτοιων προγραμμάτων.

Κλείνοντας, επισημαίνω ότι η εκπαίδευση είναι ο θεμέλιος λίθος αυτής της διαδικασίας. Πρέπει να εκπαιδευθούμε. Και πρέπει να εκπαιδευθούμε όχι εμείς στην ηλικία που είμαστε, αλλά πρέπει να εκπαιδεύσουμε τα παιδιά μας από το δημοτικό, από τις πρώτες τάξεις του σχολείου, έτσι ώστε να εξασφαλίσουμε ότι θα σέβονται τον πλανήτη και πως θα μπορέσουμε να ζήσουμε όλοι με υγεία πάνω σε αυτόν. Η άλλη δε περίπτωση είναι να φτιάξουμε μικρές πόλεις-οάσεις και ο υπόλοιπος πληθυσμός να συνεχίσει να καταστρέφεται. ●



Βασιλική-Ραφαέλα Βακουφτσή

Πρόεδρος
Ένωση Ασθενών Ελλάδας

Με ιδιαίτερη τιμή, χαρά αλλά και ευθύνη εκπροσωπώ σήμερα ως πρόεδρος την Ένωση Ασθενών Ελλάδας, την εθνική συνομοσπονδία συλλόγων ασθενών της χώρας, σε ένα ετήσιο συνέδριο-σταθμό για την ολιστική αντιμετώπιση του καρκίνου στην Ελλάδα.

Είναι γεγονός ότι η ύπαρξη ενός ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης για τον καρκίνο συνιστά πλέον μια συντεταγμένη ανάγκη των ευρωπαϊκών χωρών να αντιμετωπίσουν τη νόσο από μια κοινή αφετηρία και με κοινούς κώδικες. Ανάγκη η οποία καθίσταται ακόμη πιο έντονη σε εθνικό επίπεδο, όταν –σύμφωνα με το ελληνικό προφίλ υγείας του ΟΟΣΑ για το 2023– οι καρκίνοι αποτελούν την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στη χώρα μας, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Μεταξύ αυτών, ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του προστάτη και ο καρκίνος του πνεύμονα βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις. Για αυτό τα προγράμματα πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου, με αρχή το πρόγραμμα «Φώφη Γεννηματά», καθίστανται καίριας σημασίας για την καλή υγεία των Ελλήνων πολιτών καθώς και για το σύστημα υγείας, το οποίο μπορεί να εξοικονομεί πλέον καθ' όλα μη αμελητέους πόρους επανεπενδύοντάς τους σε άλλα περιστατικά.

Και μιλώ εδώ για μια διττή εξοικονόμηση πόρων, καθώς έτσι θα έρθει και μια πολυπόθητη ανάσα για τα ίδια τα νοικοκυριά, εφόσον η Ελλάδα παραμένει πρωταθλήτρια στις out-of-pocket πληρωμές σε δαπάνες υγείας, με 35% σε ετήσια βάση. Πρόσφατα δε ευρήματα έρευνας που παρουσίασε ο καθηγητής κ. Ιωάννης Υφαντόπουλος στο Πανελλήνιο Συνέδριο Ασθενών τον περασμένο Νοέμβριο ανέδειξαν την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών για την υγεία κατά 38% από το 2009 ως το 2020 – με μεγαλύτερα προβλήματα τον τριπλασιασμό των καταστροφικών δαπανών για την υγεία και το υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών του γενικού πληθυσμού, που σήμερα βρίσκεται στο 6,7%, εν αντιθέσει με τον μέσο όρο της ΕΕ, που είναι στο 1%.

Μετρήσιμοι στόχοι, δείκτες απόδοσης, μηχανισμοί παρακολούθησης και σαφείς χρηματοδοτικές ροές συνθέτουν έναν ακόμη πυλώνα για την επιτυχία ενός εθνικού σχεδίου δράσης για τον καρκίνο, το οποίο παράλληλα θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπ' όψιν τη δυνατότητα διύπουργικών συνεργασιών που θα αντιμετωπίσουν πολυνοσηρότητες και απορρέοντα κοινωνικά και ανθρωπιστικά ζητήματα –όπως εκείνα της ανακουφιστικής φροντίδας και των φροντιστών– και φυσικά την πρόσβαση, συλλογή και αξιοποίηση των δεδομένων.

Πρόληψη, ενημέρωση, σύγκλιση των ποσοστών της Ελλάδας με εκείνα της ΕΕ σε δαπάνες υγείας καθώς και συνεργασίες σε τοπικό και διεθνές επίπεδο συνιστούν μια ισχυρή εξίσωση νίκης απέναντι στον καρκίνο. Εξίσωση που όμως δεν μπορεί να μην περιλαμβάνει έναν σωστά ενημερωμένο τελικό αποδέκτη, ο οποίος θα συμμετέχει ενεργά σε κάθε απόφαση που αφορά την υγεία του. Η εγγραμματοσύνη υγείας των ασθενών αποτελεί για την Ένωση Ασθενών Ελλάδας θεμέλιο για ένα αξιόπιστο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, σε ό,τι αφορά τον καρκίνο καθώς και όλα τα χρόνια νοσήματα.

Ως θεσμοθετημένη συνομοσπονδία και ως συνδιαμορφωτές πολιτικής, με υψηλό αίσθημα ευθύνης και επενδύοντας στη διαρκή εκπαίδευση των ασθενών και των εκπροσώπων τους, διεκδικούμε διαχρονικά στον διάλογο της υγείας ισότιμο και ουσιαστικό ρόλο, προτείνοντας λύσεις και διατυπώνοντας τεκμηριωμένες θέσεις για θέματα που απασχολούν τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Ένας σωστά ενημερωμένος ασθενής αφ' ενός μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη χάραξη πολιτικής για την υγεία, αφ' ετέρου είναι σε θέση να εκπαιδευθεί και άλλους λήπτες υπηρεσιών υγείας, ώστε και εκείνοι με τη σειρά τους να συνδιαμορφώνουν σωστά και τεκμηριωμένα την αιζέντα. Παράλληλα, σε επίπεδο συμμόρφωσης στη θεραπεία, ο ενημερωμένος ασθενής μπορεί να ακολουθεί με σωστότερο και επαρκέστερο τρόπο τη θεραπεία του, βελτιώνοντας έτσι το σύνολο της καθημερινότητάς του.

Με 74 συλλόγους-μέλη από όλες τις θεραπευτικές κατηγορίες και έχοντας ήδη ξεκινήσει μια ακαδημία ασθενών σε ευρωπαϊκά πρότυπα και το “Patients Hub Networking”, ένα καινοτόμο πρόγραμμα εκπαιδευτικών σεμιναρίων και workshops με αντικείμενο την ενδυνάμωση, με την αρωγή του Ιδρύματος Μποδοσάκη, καταθέτουμε τις προτάσεις μας ως εξής:

- Εγγραμματοσύνη υγείας σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.
- Πρόσβαση στην έγκυρη πληροφόρηση για την υγεία με χρήση ποικίλων μορφών επικοινωνίας και γλώσσας, ώστε να διασφαλίζεται η προσβασιμότητα στην πληροφόρηση από ομάδες του πληθυσμού με διαφορετικές ανάγκες.
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ώστε να παρέχουν κατανοητές και χρήσιμες πληροφορίες στον μέσο πολίτη.
- Ψηφιακή εγγραμματοσύνη υγείας με ενδυνάμωση των ασθενών στη διαχείριση των δεδομένων της υγείας τους.



- Δημιουργία γραφείου ενημέρωσης στις δημόσιες δομές με στόχο τη διευκόλυνση στην παραπομπή ασθενών μεταξύ φορέων και υπηρεσιών.
- Αξιολόγηση των δομών και υπηρεσιών του συστήματος υγείας με συγκεκριμένους δείκτες, με σκοπό τη σύνταξη οδηγού με συγκεκριμένες προτάσεις για νέες και φιλικές υπηρεσίες υγείας προς τους ασθενείς.
- Συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων μερών με τους συλλόγους ασθενών προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Και είναι μέσα από αυτήν τη συνεργασία των εμπλεκόμενων φορέων που όλοι μαζί θα μπορέσουμε να ανοίξουμε την πόρτα σε μια ασθενοκεντρική, ίσων ευκαιριών κοινωνία του μέλλοντος, όπως ήδη κάνουν πολλά εξελιγμένα ευρωπαϊκά κράτη. ●



Νικόλαος Τσουκαλάς

Παθολόγος ογκολόγος
Διευθυντής, Ογκολογικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ
Γενικός γραμματέας ΕΟΠΕ

Ολοι γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος είναι ένα πολύ σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα, καθώς αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στον γενικό πληθυσμό. Επίσης, γνωρίζουμε εδώ και αιώνες ότι είναι καλύτερο να προλαμβάνουμε μια νόσο παρά να τη θεραπεύουμε.

Η πρωτογενής πρόληψη για τον καρκίνο αναφέρεται στη βελτίωση της διατροφής μας, στην ένταξη της άσκησης στην καθημερινή μας ζωή, στην αποφυγή ή διακοπή του καπνίσματος, στην προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία και, βεβαίως, στην εφαρμογή των εμβολίων που βοηθούν στην πρόληψη του καρκίνου. Η δευτερογενής πρόληψη βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση κάποιου καρκίνου και αφορά τη συμμετοχή στα προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης, τα προγράμματα *screening* για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του προστάτη, την κολονοσκόπηση και την εφαρμογή της αξονικής τομογραφίας χαμηλής έντασης για τους καπνιστές. Εδώ να αναφέρω ότι, σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, δυστυχώς μόνο το 13% του ελληνικού πληθυσμού συμμετέχει στα προγράμματα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, σε σχέση με το 41% που προκύπτει από ανάλογα δεδομένα από τον ευρωπαϊκό πληθυσμό.

Τι κάνουμε λοιπόν εμείς ως Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) και ευρύτερα ως ογκολογική κοινότητα για να εφαρμοστεί η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη για τον καρκίνο στην Ελλάδα;

Το πρώτο το οποίο κάνουμε εδώ και αρκετά χρόνια – είχαμε και πρόσφατη συζήτηση για αυτό με τον υπουργό Υγείας – είναι η εκπαίδευση και η ενημέρωση των μαθητών και του κοινού και η προσπάθεια δημιουργίας κουλτούρας πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Αποφασίσαμε και προσπαθούμε να υλοποιήσουμε προγράμματα σε συνεργασία με τα υπουργεία Υγείας και Παιδείας, για σχετική ενημέρωση των παιδιών με την ένταξη ανάλογων ενημερωτικών διαλέξεων και πιθανώς ενός μαθήματος αγωγής υγείας στα σχολεία. Αυτό πιστεύουμε ότι θα έχει πολλαπλά οφέλη, όχι μόνο γιατί τα παιδιά στην πορεία θα έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν μια ανάλογη κουλτούρα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, αλλά επιπλέον γιατί αυτά θα μπορέσουν να μεταφέρουν το σημαντικό αυτό μήνυμα και στις οικογένειές τους.

Δεύτερον, η ΕΟΠΕ προσπαθεί να ενημερώσει το κοινό, ενήλικες και παιδιά, για τη σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Το φετινό μας μήνυμα, ένα ραδιοφωνικό μήνυμα ουσιαστικά, ήταν

«Ξέρεις να τα λες. Μάθε και να τα ακούς» και είχε ως κεντρικό νόημα το να προσπαθούμε να εφαρμόσουμε τις οδηγίες για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου.

Τρίτον, η ΕΟΠΕ, σε συνεργασία με την Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (ASCO), πραγματοποίησε πριν από έναν μήνα ένα διεθνές σεμινάριο για τον σημαντικό ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου αλλά και στη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο οπουδήποτε, σε όλα τα μέρη της χώρας μας. Ήταν κάτι ιδιαίτερα χρήσιμο και ενδιαφέρον. Συμμετείχαν γενικοί γιατροί από όλη την Ελλάδα και μας δόθηκε η ευκαιρία σε δύο ημέρες, σε συνεργασία με επιστήμονες υγείας από την Ευρώπη και την Αμερική, να ανταλλάξουμε απόψεις και να προσπαθήσουμε να σχεδιάσουμε ένα ανάλογο πλάνο δράσεων.

Αυτό θα συνεχιστεί, πρώτον, με κάποια webinars σε συνεργασία με την ASCO για τους επιστήμονες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας και, δεύτερον, με ένα πρόγραμμα το οποίο η ΕΟΠΕ έχει αποφασίσει και θα το ξεκινήσει το επόμενο διάστημα. Το πρόγραμμα αυτό της ΕΟΠΕ ονομάζεται «Η Ογκολογία και η ΕΟΠΕ στην Περιφέρεια». Τα δύο αυτά προγράμματα θα συμβάλουν στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλα τα μέρη της Ελλάδας, τόσο στις πόλεις όσο και στις περιφέρειες, στις μικρές πόλεις και τα χωριά, στο να έχουν όλοι οι επιστήμονες υγείας τις βασικές γνώσεις για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αλλά επίσης να μπορούν να προσφέρουν φροντίδα υγείας και να βελτιώνουν τη ζωή των ασθενών με καρκίνο.

Κλείνοντας, θα ήθελα να επισημάνω ότι πρέπει να προσπαθήσουμε να αντιμετωπίσουμε τον καρκίνο προλαμβάνοντάς τον και να ζούμε υπεύθυνα. Ας προσπαθήσουμε όλοι μαζί να κρατήσουμε τον καρκίνο όσο γίνεται μακριά μας –ήταν ένα από τα στοιχεία της καμπάνιας ενημέρωσης της ΕΟΠΕ– εφαρμόζοντας την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Το πιο σημαντικό, ας προσπαθήσουμε να βοηθήσουμε όλοι από τη μεριά μας να αναπτυχθεί και να εδραιωθεί μια κουλτούρα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης όχι μόνο του καρκίνου αλλά και άλλων νοσημάτων στον ελληνικό πληθυσμό, από τις μικρές ηλικίες και τα παιδιά στο σχολείο, μέχρι τις μεγαλύτερες ηλικίες. ●



Ιωάννης Μπουκοβίνας

Παθολόγος ογκολόγος
Επιστημονικός υπεύθυνος Ογκολογικής Μονάδας
Βιοκλινική, Θεσσαλονίκη

Θα αναφερθώ σε ορισμένα δεδομένα. Πρώτον, ο καρκίνος είναι ένα μείζον κοινωνικό θέμα. Αφορά μία στις δύο ελληνικές οικογένειες, σύμφωνα με μελέτη της ΕΛΛΟΚ. Δεύτερον, ξέρουμε ότι θα αυξηθεί 20% τα επόμενα έξι χρόνια, μέχρι το 2030. Τρίτον, αυτό θα φέρει μεγάλη επιβάρυνση στους προϋπολογισμούς των οικογενειών αλλά και του κράτους. Τέταρτον, σύμφωνα με στοιχεία της Εταιρείας Μελέτης Καρκίνου του Πεπτικού Συστήματος –από ένα μεγάλο μπρώο καρκίνων του παχέος εντέρου– μόνο το 8% των καρκίνων του παχέος εντέρου στη χώρα μας ανιχνεύεται με προληπτική κολonosκόπηση. Τα υπόλοιπα ποσοστά ανιχνεύεται σε πιο προχωρημένα στάδια. Ξέρουμε επίσης ότι ελάχιστα μελανώματα, κάτω από 5%, ανιχνεύονται στο προκαρκινικό προδιηθητικό στοιχείο του *in situ* – εν αντιθέσει με τη Γερμανία, όπου ανιχνεύεται το 50%.

Έχουμε πλέον αρκετά δεδομένα ώστε να μπορούμε να κάνουμε στοχευμένες παρεμβάσεις. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ανισότητες που υπάρχουν –και τις γεωγραφικές αλλά και τις σχετικές με τις υποδομές και τη στελέχωση– καθώς και την παγκόσμια τάση να φύγουμε έως το 2040 από τη νοσοκομειακή φροντίδα και να πάμε σε μια κατάσταση όπου οι άνθρωποι θα παραμένουν για πολύ περισσότερο χρόνο υγιείς, η κουλτούρα της πρόληψης και της εκπαίδευσης είναι μεγάλης σημασίας. Σε αυτό το πεδίο πρέπει να υπάρξει μεγάλη ευαισθητοποίηση. Θα πρέπει μέσα από το Υπουργείο Υγείας να δοθούν προτεραιότητες και δυνατότητα πρωτοβουλιών στις περιφέρειες. Δεν μπορεί η περιφέρεια της Κρήτης να έχει τα ίδια προβλήματα με την περιφέρεια της Θράκης. Και αντίστροφα, υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα στη μία περιφέρεια και δεν υπάρχουν στην άλλη.

Άρα, θα πρέπει οι περιφέρειες και οι μεγάλοι δήμοι να λάβουν ενεργά μέρος στην πρόληψη και την εκπαίδευση. Υπάρχουν δημοτικά ιατρεία τα οποία θα μπορούσαν να ενεργοποιηθούν. Η κινητοποίηση του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο είναι υψίστης σημασίας. Θα μπορούσαν να υπάρχουν πιλοτικές πόλεις, όπως είναι η Αστυπάλαια υπάρχουν τέτοιες στην Αφρική και τη Νότια Αμερική, όπως υπήρχαν παλαιότερα σε σοβιετικές δημοκρατίες. Πόλεις οι οποίες υιοθετούν συγκεκριμένα μέτρα μέσω της συστράτευσης των πολιτών, για να κάνουν όλες εκείνες τις αλλαγές που αφορούν τον καρκίνο, την καρδιολογία, τη ΧΑΠ, τον διαβήτη, την υπέρταση ενδεχομένως, βάζοντας προτεραιότητες στον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται μια πόλη.

Νομίζω ότι είναι αίτημα όλων μας, πέρα από τα όποια προβλήματα προϋπολογισμού υπάρχουν σήμερα στον κόσμο –και στην Ελλάδα– να συστρατευθούμε και να οργανώσουμε τέτοιες δομές οι οποίες να λειτουργούν σε θέματα εκπαίδευσης, πρόληψης, καταγραφής των ανισοτήτων, στοχευμένων παρεμβάσεων αλλά και ευαισθητοποίησης του κόσμου καθώς και δομές ειδικής φροντίδας για τον ασθενή. ●



Mary Bussell

Founder
TriMar Strategies Inc.

Το θέμα του κύκλου της συζήτησής μας είναι η σύνδεση της δημόσιας υγείας, της πολιτικής, της πρόληψης και του καρκίνου. Στην Ελλάδα το 27% της θνησιμότητας οφείλεται στον καρκίνο. Αυτό είναι υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο του 18%. Ωστόσο, όλα τα είδη του καρκίνου σε ποσοστό 30-50% μπορούν να προληφθούν. Η δυναμική για δράση αναφορικά με την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στη φροντίδα του καρκίνου αυξάνεται στην όμορφη χώρα σας και περιβάλλει την Ευρώπη.

Βρισκόμαστε σε έναν αγώνα ταχύτητας ενάντια στον χρόνο. Ο ΠΟΥ προέβλεψε μόλις στις αρχές Φεβρουαρίου ότι πιθανότατα θα δούμε αύξηση κατά 77% των περιπτώσεων καρκίνου σε όλο τον κόσμο έως το 2050. Πράγματι, βρισκόμαστε σε έναν αγώνα δρόμου ενάντια στον χρόνο.

Τον Φεβρουάριο ανακοινώθηκε ότι η Ελλάδα θα δημιουργήσει ένα μπρώο καρκίνου με βάση τον πληθυσμό, παρέχοντας μια βελτιωμένη οδό για την παρακολούθηση της πρόληψης του καρκίνου, του προσυμπτωματικού ελέγχου, της έγκαιρης διάγνωσης και της θεραπείας, καθώς και της επιβίωσης και ως εκ τούτου θα προσφέρει τη δυνατότητα για βελτιώσεις στο ταξίδι των ανθρώπων που ζουν με καρκίνο. Τα ανώνυμα δεδομένα θα προσφέρουν τεράστια οφέλη στη δημόσια υγεία και την έρευνα, καθώς και στην παροχή της βάσης για την κατανόηση των απαραίτητων βημάτων που απαιτούνται για την επικαιροποίηση του εθνικού σχεδίου της Ελλάδας για τον καρκίνο.

Το εθνικό σχέδιο για τον καρκίνο εδώ στην Ελλάδα δεν έχει επικαιροποιηθεί την τελευταία δεκαετία. Αυτά τα σχέδια είναι ζωτικής σημασίας για την προώθηση μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης απέναντι στην πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου, καθορίζοντας τον τρόπο με τον οποίο μια χώρα σχεδιάζει να αντιμετωπίσει το φορτίο του καρκίνου. ●



Emily Tiemann

Διευθύντρια, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
Economist Impact

Σε αυτή μου την παρουσίαση θα μοιραστώ μαζί σας την έκθεση που δημοσιεύσαμε πρόσφατα, η οποία περιγράφει ένα παγκόσμιο σχέδιο για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενσωματώνοντας τα διδάγματα από τα προγράμματα της Σουηδίας.

Αρχικά, θα σας μιλήσω συνοπτικά για την υφιστάμενη κατάσταση σε αριθμούς, πρώτα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Είναι παγκοσμίως ο τέταρτος συνηθέστερος καρκίνος στις γυναίκες, ενώ αυξάνεται σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, με τα στοιχεία να δείχνουν ότι η συχνότητα εμφάνισής του έχει αυξηθεί κατά 68,5% και οι θάνατοι κατά 52% από τη δεκαετία του 1990.

Ένα από τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ότι σε μεγάλο βαθμό μπορεί να προληφθεί, χάρη στην ανάπτυξη του εμβολίου εναντίον του HPV που εγκρίθηκε για πρώτη φορά το 2006. Η λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι η κύρια αιτία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε ποσοστό άνω του 95% των περιπτώσεων.

Πολλές χώρες έχουν ήδη διανύσει αρκετό δρόμο για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω του εμβολιασμού αλλά και μέσω άλλων προληπτικών μέτρων, όπως η καλύτερη υγιονομική κάλυψη και ο προσυμπτωματικός έλεγχος των γυναικών, που μπορούν να οδηγήσουν σε έγκαιρη διάγνωση. Ωστόσο, πρέπει να γίνουν πολλά περισσότερα. Η παγκόσμια εμβολιαστική κάλυψη εξακολουθεί να είναι πολύ χαμηλή, με μόνο το 13% των επιλέξιμων κοριτσιών να εμβολιάζονται παγκοσμίως, ενώ υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην εμβολιαστική κάλυψη, που σημαίνει ότι χωρίς περισσότερες παρεμβάσεις, όπως καλύτερη κάλυψη στον προσυμπτωματικό έλεγχο, τα παγκόσμια περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αναμένεται να αυξηθούν κατά 700.000 έως το 2030, οδηγώντας σε 400.000 αποτρέψιμους θανάτους.

Γιατί λοιπόν η στιγμή αυτή είναι κρίσιμη για να εστιάσουμε στη συγκεκριμένη νόσο; Ήδη, το 2020, ο ΠΟΥ κυκλοφόρησε την παγκόσμια στρατηγική για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η οποία έθεσε ορισμένους βασικούς στόχους που πρέπει να επιτευχθούν έως το 2030 για να βοηθήσουν στην εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πριν από το τέλος του αιώνα.

Παράλληλα, οι χώρες μας έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν τις δικές τους εθνικές στρατηγικές, ενώ εκπονού-

νται και περιφερειακές στρατηγικές, για παράδειγμα το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου, το οποίο περιλαμβάνει στόχους για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Χάρη σε αυτούς τους σαφείς στόχους, αρκετές χώρες βρίσκονται κοντά στην επίτευξη ή ακόμα και την υπέρβαση των στόχων. Οι χώρες αυτές έχουν πολλά να διδάξουν τον υπόλοιπο κόσμο κι αυτό θέλαμε να δείξουμε μέσα από αυτήν την έκθεση.

Έτσι, ο κύριος στόχος ήταν να μοιραστούμε τις βέλτιστες πρακτικές του προγράμματος εξάλειψης του HPV της Σουηδίας, ως προληπτικού μέτρου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς η Σουηδία είναι μία από τις χώρες που βρίσκεται σε καλό δρόμο για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέχρι το 2030.

Αναλύσαμε, λοιπόν, τις βέλτιστες πρακτικές και τις προληπτικές παρεμβάσεις για την επίτευξη αυτών των στόχων εξάλειψης, εξετάζοντας την πρόληψη μέσω του εμβολιασμού αλλά και τον προσυμπτωματικό έλεγχο και τη θεραπεία. Χρησιμοποιήσαμε τη Σουηδία ως κύρια μελέτη περίπτωσης, αλλά συμπεριλάβαμε και πετυχημένα παραδείγματα από άλλες χώρες για να αποτυπώσουμε την κατάσταση σε διαφορετικές οικονομίες και περιβάλλοντα.

Για τη σουηδική μελέτη περίπτωσης, δημιουργήσαμε ένα χρονοδιάγραμμα προόδου του προγράμματος εμβολιασμού και προσυμπτωματικού ελέγχου. Το εμβόλιο εγκρίθηκε για πρώτη φορά το 2006 και υιοθετήθηκε σχεδόν αμέσως, πρώτα για παιδιά ηλικίας 13 έως 17 ετών, κατόπιν για τις ηλικίες 10 έως 12 ετών, ενώ στη συνέχεια για κορίτσια ηλικίας 9 έως 14 ετών, ακολουθώντας τις παγκόσμιες συστάσεις. Εισήχθη στα σχολεία το 2012, καθώς και ως όψιμο πρόγραμμα κάλυψης των μεγαλύτερων κοριτσιών. Το 2020 άρχισε να προσφέρεται και στα αγόρια, ενώ υπήρξε ένα ακόμα όψιμο πρόγραμμα κάλυψης το 2022. Για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, το εθνικό πρόγραμμα ξεκίνησε για πρώτη φορά το 1967, ενώ ο έλεγχος για τον HPV, ως έλεγχος συνιστώμενος από τον ΠΟΥ, υιοθετήθηκε το 2015.

Ο αυτοέλεγχος, ο οποίος είναι ένας τρόπος ώστε οι γυναίκες να ελέγχουν για εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στο σπίτι, εισήχθη το 2020 ως μέτρο έκτακτης ανάγκης κατά τη διάρκεια της covid-19 και λειτούργησε τόσο καλά, που το 2022 υιοθετήθηκε σε εθνικό επίπεδο.

Έτσι, όσον αφορά τους στόχους του ΠΟΥ, η Σουηδία βρίσκεται σε καλό δρόμο. Τα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στη Σουηδία μειώθηκαν από 24 ανά 100.000 γυναίκες το 1965 σε 8 ανά 100.000 γυναίκες σήμερα, ένα ποσοστό που πλησιάζει ουσιαστικά τον στόχο εξάλειψης, των 4 περιστατικών ανά 100.000 γυναίκες.

Τι διαφορετικό κάνει η Σουηδία για να φτάσει αυτά τα νούμερα; Τα επιτεύγματά της οφείλονται κυρίως στην οργάνωση των προγραμμάτων, που επικοινωνούνται λεπτομερώς και προσκαλούν τους ανθρώπους να εξεταστούν και να εμβολιαστούν στα σχολεία αντί να βασίζονται στην προσωπική πρωτοβουλία. Το σύστημα των οργανωμένων παρεμβάσεων υιοθετήθηκε στη δεκαετία του 1960 αρχικά από τις σκανδιναβικές χώρες και έκτοτε εξαπλώθηκε σταδιακά και σε άλλες χώρες.

Η συνηγορία (δηλαδή οι δράσεις ευαισθητοποίησης) και η πολιτική δέσμευση είναι πολύ ισχυρές στη Σουηδία, υπάρχουν πολλές ομάδες συνηγορίας και οργανώσεις ασθενών που συνεργάζονται με την κυβέρνηση. Η Σουηδία λαμβάνει, παράλληλα, πολλές αποφάσεις βάσει επιστημονικών στοιχείων, εν μέρει επειδή διαθέτει ολοκληρωμένα μητρώα δεδομένων υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού, ενώ το Εθνικό Μητρώο Προσυμπτωματικού Ελέγχου καταγράφει το 100% των δεδομένων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Οι ερευνητές που διεξάγουν πληθυσμιακές μελέτες δεν χρειάζεται να ζητήσουν άδεια για να χρησιμοποιήσουν δεδομένα ασθενών. Οι ερευνητές στη Σουηδία χρησιμοποιούν αυτές τις μελέτες για να δείξουν τα σχετικά στοιχεία στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για την εισαγωγή συγκεκριμένων παρεμβάσεων αλλά και για την ανάλυση του αντικτύπου αυτών των πολιτικών.

Ανέφερα προηγουμένως τον αυτοέλεγχο για τον έλεγχο του HPV που έγινε ρουτίνα το 2022, και τον όψιμο εμβολιασμό, και βλέπουμε ότι η Σουηδία πραγματικά εξαπέλυσε μια εκστρατεία όψιμου εμβολιασμού το 2012 για να εξασφαλίσει ότι τα κορίτσια ηλικίας 12 έως 18 ετών, που δεν ήταν πολύ μεγάλα για να είναι επιλέξιμα για τα προγράμματα μαζικών εμβολιασμών στα σχολεία, δεν θα έχαναν την ευκαιρία να εμβολιαστούν.

Τέλος, εξετάζοντας τα εμπόδια στον εμβολιασμό και τον προσυμπτωματικό έλεγχο στη Σουηδία, πραγματοποιούνται πολλές ειδικές έρευνες για τον εντοπισμό και την κατανόησή τους, παράλληλα με συγκεκριμένες εκστρατείες που απευθύνονται σε μη συμμετέχοντες.

Υπάρχουν λοιπόν πολλά διδάγματα εδώ για το τι είναι αποτελεσματικό και η ελπίδα είναι ότι άλλες χώρες μπορούν να μάθουν από την εμπειρία της Σουηδίας και να εισαγάγουν παρόμοια προγράμματα.

Έτσι, στην έκθεση έχουμε μια ενότητα σχετικά με την εφαρμογή μιας επιτυχημένης στρατηγικής εξάλειψης σε παγκόσμιο επίπεδο και περιγράφουμε ένα σχέδιο δέκα

σημείων βάσει δημοσιευμένων στοιχείων, γνώσεων εμπειρογνομόνων που ερωτήθηκαν, αλλά και διδαγμάτων από χώρες που ανοίγουν τον δρόμο για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το σχέδιο αφορά κυρίως τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς σε όλο τον κόσμο βοηθώντας τους να εξετάσουν τι είναι δυνατό κατά την ανάπτυξη εθνικών στρατηγικών για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ας τα δούμε ένα προς ένα: 1) εθνική πολιτική δέσμευση και δυναμική, 2) διασφάλιση της συνεργασίας πολλών ενδιαφερομένων μερών, 3) προτεραιοποίηση του εμβολιασμού κατά του HPV στο πλαίσιο των εθνικών πολιτικών για τον καρκίνο και των προγραμμάτων εμβολιασμού, 4) δημιουργία δεδομένων μέσω της ανάπτυξης ολοκληρωμένων μητρώων, 5) προσυμπτωματικός έλεγχος και εμβολιασμοί στο πλαίσιο μιας καθολικής υγειονομικής κάλυψης, 6) κατανόηση του πληθυσμού-στόχου και σχεδιασμός της ανάπτυξης οργανωμένων και προσβάσιμων προγραμμάτων εμβολιασμού, 7) διασφάλιση του ισότιμου εμβολιασμού και της πρόσβασης στον προσυμπτωματικό έλεγχο για ολόκληρο τον πληθυσμό, 8) αντιμετώπιση των εμποδίων της διστακτικότητας και της παραπληροφόρησης σχετικά με τον εμβολιασμό, 9) διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας θεραπείες και βέλτιστες οδούς περίθαλψης, και τέλος 10) άντληση διδαγμάτων από την πανδημία της covid-19 για τη δημιουργία ενός ανθεκτικού συστήματος και την κλιμάκωση του προσυμπτωματικού ελέγχου και της εμβολιαστικής κάλυψης.

Συμπερασματικά, διαπιστώσαμε ότι πολλές χώρες έχουν πραγματοποιήσει σημαντικά βήματα στην προσπάθεια για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η Σουηδία πρόκειται να το επιτύχει μέχρι το 2030, ενώ η Αυστραλία αποτελεί ένα άλλο καλό παράδειγμα, καθώς προβλέπεται να το επιτύχει μέχρι το 2035. Οι χώρες πρέπει να επιδείξουν πραγματική πολιτική δέσμευση για την επίτευξη αυτού του στόχου και να διασφαλίσουν ότι αυτή βασίζεται σε τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων. Το σχέδιο δέκα σημείων μπορεί να αποτελέσει τη βάση των δράσεων που κάθε χώρα πρέπει να λάβει υπόψη κατά την ανάπτυξη εθνικών στρατηγικών και την εφαρμογή μέτρων που αποσκοπούν στην εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι οικονομικά αποδοτική, δηλαδή αποτελεί μια πολιτική με καλή σχέση κόστους-οφέλους, οπότε θα βοηθήσει στην άμβλυνση των δημοσιονομικών πιέσεων. Ωστόσο, παράλληλα, είναι πολύ σημαντικό να διασφαλιστεί ότι όλες οι γυναίκες προστατεύονται από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έναν καρκίνο που είναι σε μεγάλο βαθμό αποτρέψιμος. ●



Αναστάσιος Μπούτης

Παθολόγος ογκολόγος

Διευθυντής Γ' Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής
Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκη
Ταμίας ΕΟΠΕ

Εγινε πολύς λόγος σήμερα για την πρόληψη και ακούσαμε από όλους τους προηγούμενους συμπομπωτές για την αξία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου. Εγώ θα εστιάσω στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Η πρόληψη του καρκίνου ουσιαστικά είναι η αποτροπή της εμφάνισης αλλά και η διάγνωση του καρκίνου σε πιο πρώιμα στάδια της νόσου, όπου γνωρίζουμε ότι δίνεται η δυνατότητα πιο ριζικής αντιμετώπισης της νόσου, μεγιστοποίησης της πιθανότητας ίασης του καρκίνου αλλά και πιο μακράς επιβίωσης με καλύτερη ποιότητα ζωής και βέβαια, η αποτροπή των επιπλοκών και των συνεπειών της νόσου αυτής, που είναι γνωστά ως πέντε “D” στη διεθνή βιβλιογραφία.

Εμείς από την πλευρά μας ως κλινικοί ογκολόγοι συμμετέχουμε με πολλούς τρόπους πρακτικά στο κομμάτι της πρόληψης και στον προσυμπτωματικό έλεγχο των ασθενών και συχνά –ακόμα και στην καθημερινότητά μας– καλούμαστε να δώσουμε απαντήσεις σε πάρα πολλά σημεία του πεδίου αυτού. Αυτό οφείλεται σε αρκετά κενά που υπάρχουν τόσο στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσο και στο κομμάτι της ιατρικής παιδείας, δηλ. της ιατρικής εγγραμματοσύνης αλλά και στην υποστηρικτική φροντίδα.

Εκείνο που αποδεδειγμένα βελτιώνεται με τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η μείωση της θνησιμότητας που προκαλεί ο καρκίνος, η μείωση της νοσηρότητας και των αναγκών νοσηλείας, καθώς και των αναγκών χρήσης του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων υγείας όταν διαγιγνώσκεται ο καρκίνος σε πιο πρώιμα στάδια ή ακόμα και πριν εμφανιστεί. Άρα, πριν μπορέσουν να αναπτυχθούν όλες αυτές οι καταστάσεις οι οποίες ταλαιπωρούν τον ασθενή και τις οικογένειες αλλά και το σύστημα υγείας.

Τα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου που χρησιμοποιούμε θέλουμε να είναι απλά, γρήγορα, φθηνά εργαλεία, φθηνές εξετάσεις, να μην απαιτούν πολύ ανθρώπινο δυναμικό ή πόρους του συστήματος υγείας, να μην ταλαιπωρούν τον πολίτη και να είναι ασφαλή.

Υπάρχουν τέτοια εργαλεία, υπάρχουν πολυτελείς κλινικές μελέτες οι οποίες έχουν καταδείξει τη σημασία αυτών των εξετάσεων στην πρώιμη διάγνωση, την αντιμετώπιση και άρα την πιο ριζική θεραπεία του καρκίνου:

- Η μαστογραφία για τον καρκίνο του μαστού, που έχει ήδη καθιερωθεί με το πρόγραμμα «Φώφη Γεννηματά»
- Το τεστ PAP/HPV testing μέσω της ευρείας συνεργασίας επιστημονικών φορέων –μεταξύ αυτών και η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)– για το πρόγραμμα του εμβολιασμού σε νέες και νέους
- Η κολονοσκόπηση
- Η αξονική τομογραφία θώρακα χαμηλής δόσης –η νεότερη από αυτές τις μεθόδους– αποτελεί αντικείμενο ευρείας συνεργασίας μεγάλων επιστημονικών φορέων, όπως η Ελληνική Εταιρεία του Καρκίνου, η Πνευμονολογική Εταιρεία, η Ογκολογική Εταιρεία και πολλοί άλλοι επιστημονικοί φορείς που προσπαθούν να το καθιερώσουν και στη χώρα μας.

Είναι πολύ ξεκάθαρη η αξία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (*screening*) τόσο για τον πολίτη ατομικά αλλά και για το κοινωνικό σύνολο. Από την πλευρά μας ως Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) προσπαθούμε να βοηθήσουμε την πολιτεία και να προωθήσουμε τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Στο πλαίσιο αυτό, φέτος την Παγκόσμια Ημέρα του Καρκίνου χρηματοδοτήσαμε μια ραδιοφωνική καμπάνια η οποία αφορά την πρόληψη του καρκίνου με τις κλασικές αυτές εξετάσεις. ●



Χρήστος Λιονής

Ομότιμος Καθηγητής Γενικής Ιατρικής
και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

Στις 9 Ιουνίου 2022 παρουσιάστηκε επίσημα η έναρξη του προγράμματος πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού, ένα πρόγραμμα που σχεδιάστηκε από τη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας και υλοποιήθηκε από την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης. Το πρόγραμμα αυτό αφορά όλες τις γυναίκες 50-69 ετών οι οποίες διαμένουν στην Ελλάδα και διαθέτουν ΑΜΚΑ, ενώ εξαιρούνται μόνο όσες ήδη έχουν κάνει ψηφιακή μαστογραφία κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους, καθώς και αυτές που έχουν νοσήσει από καρκίνο μαστού την τελευταία 5ετία. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου χρειάζεται να διαβαστεί τόσο σε πληθυσμιακό επίπεδο όσο και σε ατομικό επίπεδο, ενώ αποτελεί μια σημαντική άσκηση του συστήματος υγείας που θα πρέπει να εξετάσει τόσο τις υφιστάμενες δυνατότητες για τον σχεδιασμό προγραμμάτων ομαδικού προσυμπτωματικού ελέγχου, όσο και τη διαμόρφωση μιας οργανωσιακής κουλτούρας στο επίπεδο των υπηρεσιών καθώς και πρακτικών συμπεριφοράς τόσο από πλευράς γιατρών όσο και πολιτών.

Στη βιβλιογραφία συζητούνται οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμμετοχή των γυναικών σε πληθυσμιακά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και υπάρχει τεκμηρίωση ότι παρεμβάσεις στις οποίες συμμετείχαν εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας στην κοινότητα, όπως γενικοί ιατροί, νοσηλεύτες και φαρμακοποιοί^{1,2} μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση της συμμετοχής στα προγράμματα αυτά. Επίσης, η ανάπτυξη τεχνικών λήψης της κλινικής απόφασης (*shared decision making*) ως μέρος της επικοινωνίας μεταξύ των γυναικών και των γιατρών, φαίνεται να συμβάλει σημαντικά στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των προγραμμάτων αυτών³. Δεδομένα από πολυκεντρικές δοκιμές έχουν δείξει ότι η εφαρμογή πρωτοκόλλων προσέλκυσης (*recruitment*) των γυναικών που έχουν αναπτυχθεί σε τοπικό επίπεδο, βελτιώνει σημαντικά τη συμμετοχή τους⁴. Τα παραπάνω αποτελούν δημοσιευμένες εμπειρίες από μια διδακτορική διατριβή (δ.δ.).

Επίσης, μελέτες της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης έδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ γυναικών από αστικές και αγροτικές περιοχές της Κρήτης σε σχέση με τη στάση τους απέναντι στη μαστογραφία αλλά και διαφορετικά επίπεδα γνώσης των γιατρών που εργάζονται στην ΠΦΥ σε σχέση με τους γιατρούς που εργάζονται στο Νοσοκομείο^{5,6}. Αναδεικνύεται έτσι η ανάγκη ενσωμάτωσης αυτής της γνώσης στον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

Διαφορές επίσης καταγράφηκαν και όσον αφορά τις πηγές από τις οποίες αντλούν πληροφορία οι γιατροί που υπηρετούν σε αγροτικές περιοχές από εκείνους των αστικών περιοχών. Τα αποτελέσματα της δ.δ. αυτές θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην ολοκλήρωση του πληθυσμιακού ελέγχου των γυναικών για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού που έχει ξεκινήσει το Υπουργείο Υγείας.

Συζήτηση χρειάζεται και για την αλλαγή της καθημερινής πρακτικής των ιατρών που εργάζονται στην ΠΦΥ για την ενίσχυση των συμβουλευτικών δεξιοτήτων τους και για την αλλαγή της συμπεριφοράς. Η προσέγγιση των ασθενών απαιτεί αλλαγές στις καθημερινές τους πρακτικές και αναζήτηση των χαρακτηριστικών των προσώπων που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς σχετικής με την πρόληψη της νόσου, την αναγνώριση του αντιλαμβανόμενου κινδύνου (*risk perception*) και της εγγραμματοσύνης της υγείας (*health literacy*).

Υπάρχει ακόμα μεγάλη ανάγκη θεωρητικής συζήτησης για τη χαμηλή αντίληψη κινδύνου που φαίνεται να χαρακτηρίζει τον μέσο ενήλικα αλλά και την εκπαίδευση των υγειονομικών στην επικοινωνία του κινδύνου (*risk communication*). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συζητά τα τελευταία χρόνια τον όρο «εγγραμματοσύνη υγείας» (*health literacy*), ο οποίος αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των προσώπων και τις κοινωνικές πηγές που συμβάλλουν στην κατανόηση της πληροφορίας και στην αποτίμηση της σημασίας της προκειμένου να λάβουν αποφάσεις για την υγεία τους. Θα αναφερθούμε διεξοδικά παρακάτω. Τα ζητήματα της εγγραμματοσύνης και της αντίληψης του κινδύνου συζητήθηκαν αρκετά στην πανδημία της covid-19 και χρειάζεται αρκετή συζήτηση για την ανάπτυξη ενός στρατηγικού σχεδίου για την προσέγγιση των πολιτών στην προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς τους αναφορικά με τον εμβολιασμό⁷.

Αλλαγές στο καθημερινό πρόγραμμά τους που θα έχουν ως στόχο την καλύτερη διαχείριση του χρόνου τους για την υποστήριξη των προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου είναι επίσης απαραίτητα. Η εκτενής εμπειρία της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης στην ανάπτυξη και χρήση εκπαιδευτικών μοντέλων και εργαλείων προώθησης της αλλαγής της συμπεριφοράς, η οποία αποτυπώνεται στη διαδικτυακή πλατφόρμα εκπαίδευσης επαγγελματιών ΠΦΥ (*Primary Care Training Hub*) θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την παρακίνηση των πολιτών να συμμετάσχουν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αλλά και την εκπαίδευση των επαγγελματιών της ΠΦΥ^{8,9}. Η διαδικτυ-



ακή αυτή εκπαιδευτική δράση βασίζεται σε τεκμηριωμένα μοντέλα επεξήγησης των συμπεριφορών υγείας και ενσωματώνει επικοινωνιακές τεχνικές βραχείας συμβουλευτικής και παρακινητικού διαλόγου, με σκοπό την αύξηση της ικανότητας των ιατρών να προωθούν την πρόληψη του καρκίνου και τη σημασία της συμμετοχής σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Τέλος, απαραίτητη είναι και η ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού πλαισίου με την παρουσία μιας εκπαιδευμένης ομάδας από επαγγελματίες δημόσιας υγείας, ψυχολόγους και άλλους που θα συμβάλουν στο έργο των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ. ●

¹ Wells, K. J., Luque, J. S., Miladinovic, B., Vargas, N., Asvat, Y., Roetzheim, R. G., & Kumar, A. (2011). Do Community Health Worker Interventions Improve Rates of Screening Mammography in the United States? A Systematic Review Community Health Workers and Mammography. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 20(8), 1580-1598.

² Scanlon, M., Pridmore, V., Davis, M., Cooper, A., & Beauchamp A. Can Pharmacists Fill the Primary Care Provider Gap in Recommending Breast Screening? (2018) *Journal of Global Oncology* 4:Supplement 2, 159s-159s.

³ DuBenske, L., Ovsepyan, V., Little, T., Schrager, S., Burnside, E. Preliminary Evaluation of a Breast Cancer Screening Shared Decision-Making Aid Utilized Within the Primary Care Clinical Encounter. *J Patient Exp*. 2021 Jul 31;8:23743735211034039. doi: 10.1177/23743735211034039. PMID: 34377770; PMCID: PMC8326620.

⁴ Gillan, M.G., Gilbert, F.J., Flight, H., Cooper, J., Wallis, M.G., James, J.J., Boggis, C.R., Astley, S.M., Agbaje, O.F., Duffy, S.W. Increasing participant recruitment into large-scale screening trials: experience from the CADET II study. *J Med Screen*. 2009;16(4):180-5. doi: 10.1258/jms.2009.009023. PMID: 20054092.

⁵ Trigoni, M., Mahoney, M.C., Moschandreass, J., Tsiftsis, D., Koumantakis, E., Lionis, C. Approaches to breast cancer screening among primary care physicians in rural areas of crete, Greece. *J Cancer Educ*. 2011 Sep;26(3):490-6. doi: 10.1007/s13187-010-0186-7. PMID: 21221884.

⁶ Trigoni, M., Griffiths, F., Tsiftsis, D., Koumantakis, E., Green, E., Lionis, C. Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete. *BMC Womens Health*. 2008 Nov 7;8:20. doi: 10.1186/1472-6874-8-20. PMID: 18990253; PMCID: PMC2588567.

⁷ Priesemann V, Balling R, Bauer S, Beutels P, Valdez AC, Cuschieri S, Cypionka T, Dumpis U, Glaab E, Grill E, Hotulainen J, Iftekhar EN, Krutzinna J, Lionis C, Machado H, Martins C, McKee M, Pavlakakis GN, Perc M, Petelos E, Pickersgill M, Prainsack B, Rocklöv J, Schemhammer E, Szczurek E, Tsiodras S, Van Gucht S, Willeit P. Towards a European strategy to address COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021; 4:398: 838-839. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01808-0.

⁸ Papadakis S, Anastasaki M, Gamaletsou M, Papagiannopoulou X, Aligizakis E, Lionis C. Development of an eLearning intervention for enhancing health professionals' skills for addressing COVID-19 vaccine hesitancy. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Dec 13;10:1290288. doi: 10.3389/fmed.2023.1290288. eCollection 2023. PMID: 38155659

⁹ Papadakis S, Anastasaki M, Gergianaki I, Koek G, Mendive J, Anastasiou F, Heyens L, Garcia-Retortillo M, Muris J, Lionis C Development and implementation of a continuing medical education program on non-alcoholic fatty liver disease for primary care practitioners in Europe. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Mar 23;10:1034626. doi: 10.3389/fmed.2023.1034626. eCollection 2023. PMID: 37035308 Free PMC article.



Δημήτρης Νίκας

Διευθύνων σύμβουλος
Medtronic Hellas

Επιτρέψτε μου να αναφερθώ σε κάποια εργαλεία που μπορούν να βοηθήσουν τον γιατρό στην πρώιμη διάγνωση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Θα προσθέσω στη συζήτηση ένα ακόμα εργαλείο για τη διάγνωση του καρκίνου – και κυρίως του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, κάθε χρόνο στην Ευρώπη διαγιγνώσκονται 341.000 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, περίπου όμως 10.000 από αυτούς τους ασθενείς διαγιγνώσκονται μετά από αρνητική κολονοσκόπηση.

Μιλάμε για αυτό το ποσοστό στο οποίο πρέπει να στοχεύσουμε και για το οποίο προτείνουμε κάποια λύση. Φυσικά, γίνονται εκατομμύρια κολονοσκοπήσεις ετησίως στην Ευρώπη και χάρις σε αυτά τα προγράμματα, στις τεχνολογικές εξελίξεις και τους σημαντικούς ενδοσκοπούς μπορούμε να έχουμε ακριβή διάγνωση του καρκίνου.

Όμως, για να μπορέσουμε να περιορίσουμε αυτό το ποσοστό σε σημαντικό βαθμό με σκοπό να αποφευχθούν κατά 89% αυτοί οι καρκίνοι μετά από την πρώτη κολονοσκόπηση, προτείνουμε ένα εργαλείο που λέγεται GI Genius. Πρόκειται για ένα software και ένα hardware που βασίζονται στην τεχνητή νοημοσύνη (AI). Άρα, αυτό που θέλουμε να κάνουμε είναι να βοηθήσουμε τον γιατρό να προστατεύσει τους ασθενείς. Το GI Genius έχει αποθηκευμένες 13 εκατομμύρια εικόνες κολονοσκοπήσεων, τις οποίες τη στιγμή που γίνεται η κολονοσκόπηση τις συγκρίνει η κάμερα που χρησιμοποιεί ο γιατρός με το software και άρα μπορεί να δει αδενώματα που δεν είναι ορατά με γυμνό μάτι.

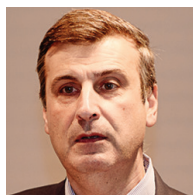
Το GI Genius δεν έχει στόχο να υποκαταστήσει τον γιατρό. Έχει στόχο να δώσει μια δεύτερη ματιά, μια δεύτερη γνώμη για αυτό που βλέπει ο γιατρός ώστε, εντάσσοντας στην καθημερινή του πρακτική αυτό το εργαλείο, να βοηθηθεί στη λήψη καλύτερων αποφάσεων σχετικά με αυτό που θέλει να κάνει με τον ασθενή του.

Επιπλέον, και οικονομικά όλα τα προγράμματα βασίζονται στις μηχανές εκμάθησης. Υπολογίζεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες μπορούμε να εξοικονομήσουμε περίπου 85 εκατομμύρια χάρις σε αυτές τις εφαρμογές.

Είναι σημαντικό με τη βοήθεια της τεχνητής νοημοσύνης να βελτιώνονται αυτές οι εφαρμογές, ώστε να ενσωματώνονται και άλλα εργαλεία που ήδη χρησιμοποιούν οι γιατροί ή που θα χρησιμοποιήσουν στο μέλλον, ώστε να μπορούν να βλέπουν κι άλλους δείκτες

κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης, όπως είναι π.χ. η προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εξέταση, η διάρκεια της και άλλες παράμετροι.

Επομένως, το μέλλον που βασίζεται πάνω σε αυτές τις μηχανές μάθησης της τεχνητής νοημοσύνης, πιστεύω ότι μπορεί να βοηθήσει αρκετά τους επαγγελματίες υγείας και τους γιατρούς στην ακριβέστερη διάγνωση των καρκίνων. ●



Στυλιανός Λουκίδης

Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας
Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Εγώ θα σας γυρίσω λίγο πίσω, στον Μάρτιο του 2021, τότε που στην Ελλάδα και γενικά σε όλο τον κόσμο μιλούσαμε μόνο για την covid-19. Τότε λοιπόν συγκεντρώθηκε μια ομάδα ανθρώπων της Πνευμονολογικής Εταιρείας και η οποία εστίασε στην εμπειρία από τις αξονικές που βλέπαμε κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Αναρωτηθήκαμε αν το κέρδος από αυτές τις αξονικές είναι οι επιπλοκές της λοίμωξης ή η ανακάλυψη παθήσεων και η απάντηση ήταν η ανακάλυψη παθήσεων. Βρίσκαμε σε πολλές από αυτές τις αξονικές πρώιμους καρκίνους, διάμεσα νοσήματα και πολλά άλλα που αφορούσαν άλλα συστήματα, όπως είναι το καρδιαγγειακό ή οτιδήποτε άλλο. Επομένως, αξιολογήσαμε τη μεγάλη αξία του προσυμπτωματικού ελέγχου, που μέχρι τότε τη γνωρίζαμε μέσα από τις μελέτες.

Έτσι λοιπόν δημιουργήθηκε τότε μια ομάδα η οποία αφορούσε πνευμονολόγους, ακτινολόγους, θωρακοχειρουργούς, είχε την υποστήριξη της ΕΟΠΕ, της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου, της FairLife και όλοι μαζί αποφασίσαμε να κάνουμε μια προσπάθεια που αφορούσε την οριοθέτηση του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα. Η προσπάθεια αυτή διήρκεσε 17 μήνες και τον Ιούλιο του 2023 καταθέσαμε στο Υπουργείο Υγείας το σχέδιό μας.

Το εν λόγω σχέδιο περιλαμβάνει δύο δρόμους: Ο ένας αφορά το διαδικαστικό κομμάτι, το πώς δηλαδή ο ασθενής παραπέμπεται και ο δεύτερος αφορά το κλινικό κομμάτι, που σημαίνει τι βλέπω και τι κάνω. Το σχέδιο αυτό είναι πλέον οριστικοποιημένο και αναρτημένο. Σήμερα μπορώ να μοιραστώ μαζί σας το τελευταίο του σκέλος που ολοκληρώθηκε πριν από λίγες ώρες και αφορά την οριστικοποίηση των ομάδων που πρέπει να εργαστούν στο πιλοτικό πρόγραμμα του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Επομένως, το Υπουργείο έχει πλέον όλες τις λεπτομέρειες και όλα αυτά που χρειάζεται για να το υλοποιήσει. Νομίζω ότι είναι κάτι που θα αποτελεί κέρδος για όλους μας.

Πέρυσι παρουσιάστηκε το σχέδιο και κατά την αποτίμησή του στο συνέδριο στις Ηνωμένες Πολιτείες υπήρχαν δύο πράγματα που έκαναν πολύ μεγάλη εντύπωση. Το ένα ήταν η χαμηλή συμμετοχή, καθώς μόνο το 10% του πληθυσμού που ήταν ικανό να συμμετάσχει πήγαινε. Το δεύτερο ήταν ιατρικής φύσεως.

Όλοι ήταν εντοπισμένοι στον καρκίνο και κανένας δεν έβλεπε τα άλλα ευρήματα. Άρα, το σχέδιο δεν αφορά μόνο τον καρκίνο, αφορά και πολλές άλλες παθήσεις.

Έτσι λοιπόν αυτό το οριοθετημένο σχέδιο, το οποίο είναι πλέον κατατεθειμένο στο Υπουργείο Υγείας, περιλαμβάνει πολλούς αλγόριθμους για το πώς παραπέμπεται ο ασθενής, πώς διαγιγνώσκεται από τον ακτινολόγο, πώς ενημερώνεται ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μάλιστα, έχουμε κάνει και μια αίτηση στην Εταιρεία Γενικής Ιατρικής να εκπαιδεύσουμε τους γιατρούς της ΠΦΥ σε αυτόν τον τομέα και να αναδειχθεί ο τρόπος της αλληλοσύνδεσης όλων των ειδικοτήτων που εμπλέκονται. Διότι το δύσκολο κομμάτι αφορά την κλινική αποτίμηση.

Συνεπώς, αν εφαρμοστούν αυτά έστω και πιλοτικά σε αυτήν την αρχική φάση, πιστεύω ότι μόνο κέρδος θα αποκομίσουμε. Διότι θα μπορούμε να μιλάμε για ένα είδος καρκίνου που –τουλάχιστον για εμάς τους πνευμονολόγους αλλά και για άλλες ειδικότητες που ακολουθούν μετά από εμάς– είναι ένα πάρα πολύ δύσκολο κομμάτι, παρόλα αυτά όμως σήμερα έχουμε πολλά εργαλεία απέναντί του, όπως π.χ. η επεμβατική πνευμονολογία και η απεικόνιση. Άρα, αν όλα αυτά τεθούν σε ένα περιβάλλον πρόληψης, το όφελος θα είναι πολλαπλό. ●



Μιχάλης Καραμούζης

Παθολόγος ογκολόγος
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Όλοι οι ομιλητές έθεσαν το θέμα και το πρόβλημα της έγκαιρης διάγνωσης. Ας μην ξεχνάμε ότι η πρόληψη καθιερώθηκε ουσιαστικά από τον Ιπποκράτη, που έλεγε «Το δε προνοείν και προλαμβάνειν κρείττον εστί του θεραπεύειν», είτε πρόκειται για την πρωτογενή πρόληψη, δηλ. την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου, είτε τη δευτερογενή πρόληψη, που είναι η έγκαιρη διάγνωση.

Σε αντίθεση με τα καρκινώματα του πνεύμονα που αναφέρθηκαν, τα οποία είναι συνήθως σημαντικά μόνο όσον αφορά την αιτιολογική συσχέτιση, στα νεοπλασμάτα του πεπτικού και σε άλλους όγκους, έχουμε καταλάβει τα τελευταία χρόνια ότι οι γενετικοί παράγοντες –η λεγόμενη κληρονομικότητα– συμμετέχει σε ένα ποσοστό που μπορεί να φτάνει το 10-15%.

Σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με συγκεκριμένα νεοπλασμάτα ανά γεωγραφική περιοχή, όπως έχει καταγραφεί σε παλαιότερες μελέτες και στην ελληνική επικράτεια, καθίσταται αναγκαία η συνεργασία κυρίως των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που θα πρέπει να έχουν μια συνεχιζόμενη εκπαίδευση από όλες τις επιστημονικές εταιρείες (Ογκολογική Εταιρεία, Πνευμονολογική Εταιρεία) ή το Υπουργείο Υγείας, καθώς πλέον υπάρχουν τα εργαλεία να οδηγηθούμε στην έγκαιρη διάγνωση.

Ίσως όμως χρειαζόμαστε να μπούμε σε έναν αλγόριθμο, σε ένα μονοπάτι που όλοι θα ξέρουν σε κάθε φάση αυτού του μονοπατιού τι πρέπει να γίνει, ώστε αυτή η έγκαιρη διάγνωση να έχει και μια ουσιαστική σημασία για αυτόν στον οποίο διαγιγνώσκεται.

Συμφωνώ κι εγώ ότι δεν είναι μόνο οι κακοήθειες, είναι και άλλα πράγματα που μπορεί να βρει κανείς σε αυτό το μονοπάτι. Νομίζω ότι η συνεργασία και η δημιουργία ενός απλοποιημένου αλγόριθμου θα βοηθήσει μελλοντικά όχι μόνο στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου αλλά και σε άλλες παθήσεις στον ελληνικό πληθυσμό. ●



Roberta Savli

Γενική διευθύντρια Δημοσίων Υποθέσεων
Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων
(EFPIA)

Αν αναλογιστούμε τι συνέβη τα τελευταία πέντε χρόνια, κατά τη διάρκεια της τρέχουσας θητείας μας, πιθανώς η covid-19 να έχει φέρει επανάσταση στον τρόπο που βλέπουμε την υγεία και τον αντίκτυπό της στις οικονομίες μας αλλά και την αξία της καινοτομίας στην υγεία.

Είχαμε το πρώτο εμβόλιο κατά της covid-19 σε λιγότερο από έναν χρόνο μετά την κήρυξη της πανδημίας από τον ΠΟΥ. Φυσικά, η covid-19 έθεσε εκ νέου το ζήτημα της ανοιχτής στρατηγικής αυτονομίας της Ευρώπης στην ατζέντα μας.

Έτσι, με βάση όλα αυτά, στα τέλη Απριλίου του περασμένου έτους, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε μια πλήρη αναθεώρηση της φαρμακευτικής νομοθεσίας. Εμείς, ως καινοτόμος φαρμακευτική βιομηχανία, χαιρέτισαμε αυτήν την αναθεώρηση, θεωρώντας ότι πρόκειται για μια ευκαιρία εκσυγχρονισμού του ρυθμιστικού πλαισίου και επαναπροσέλλυσης της καινοτομίας στην Ευρώπη.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας κάποιους αριθμούς. Στα τέλη του περασμένου αιώνα, η Ευρώπη ήταν το «φαρμακείο» του κόσμου. Παρήγαγε τις μισές από τις καινοτόμους θεραπείες παγκοσμίως. Τώρα, ούτε καν 25 χρόνια μετά, ο αριθμός αυτός έχει μειωθεί. Πλέον, στην Ευρώπη παράγονται ένα στα πέντε νέα φάρμακα. Υπό αυτήν την έννοια, βλέπουμε μια ανησυχητική διάβρωση της βάσης της Έρευνας και Ανάπτυξης (R&D) στην Ευρώπη, η οποία έχει μετακινηθεί σε άλλες περιοχές του κόσμου. Σκεφτείτε τις κλινικές δοκιμές και ιδίως τις κλινικές δοκιμές για προηγμένες θεραπείες. Γνωρίζουμε ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες διεξάγουν διπλάσιες κλινικές δοκιμές από την Ευρώπη, και η Κίνα τρεις φορές περισσότερες κλινικές δοκιμές σε Φαρμακευτικά Προϊόντα Προηγμένης Θεραπείας (ATMPs). Επομένως, κάτι πρέπει να κάνουμε. Οφείλουμε να διασφαλίσουμε ότι η καινοτομία θα επιστρέψει και θα εδραιωθεί στην Ευρώπη.

Ένα άλλο θέμα είναι το ρυθμιστικό πλαίσιο. Γνωρίζουμε ότι ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA) είναι δυστυχώς ένας από τους πιο αργούς ρυθμιστικούς οργανισμούς. Οι πολίτες, οι ασθενείς στην Ευρώπη, πρέπει να περιμένουν σχεδόν διπλάσιο χρόνο από τους ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες μέχρι να δουν θεραπείες, και μάλιστα καινοτόμους θεραπείες, να εγκρίνεται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων.

Γνωρίζουμε επίσης ότι η χρήση επιταχυσμένων διαδικασιών (*fast-track*) στην Ευρώπη είναι πολύ χαμηλότε-

ρη σε σύγκριση με άλλες περιοχές του κόσμου. Αφορά μόνο το 9% των περιπτώσεων. Στις ΗΠΑ ο FDA κάνει χρήση αυτής της πρακτικής στο 71% των περιπτώσεων, οπότε βλέπουμε ότι υπάρχει σαφής διαφορά.

Συγκεράζοντας όλα τα παραπάνω, πιστεύουμε ότι η αναθεώρηση της φαρμακευτικής νομοθεσίας είναι απαραίτητη. Πρόκειται για ευκαιρία ζωής. Η προηγούμενη αναθεώρηση έγινε πριν από είκοσι χρόνια, άρα πρέπει πραγματικά να κάνουμε κάτι. Στις προτάσεις της Επιτροπής βλέπουμε κάποιες βελτιώσεις: συγκεκριμένα, η σκέψη για τον εξορθολογισμό των διαδικασιών του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων, η μείωση των χρονοδιαγραμμάτων έγκρισης, η εισαγωγή της έννοιας των «ρυθμιστικών δοκιμαστηρίων» (*regulatory sandboxes*) για τη ρύθμιση όλων εκείνων των καινοτομιών που βρίσκονται στη διασταύρωση μεταξύ φαρμακευτικών προϊόντων, ιατρικών συσκευών, τεχνητής νοημοσύνης.

Για πρώτη φορά η Ευρώπη θα είναι ίσως η πρώτη περιοχή που θα ενεργοποιήσει το «μεταβιβάσιμο κουπόνι αποκλειστικότητας» (*transferable exclusivity voucher*) για την παροχή κινήτρων για την ανάπτυξη νέων αντιβιοτικών φαρμάκων. Η τελευταία φορά που είχαμε ένα νέο αντιβιοτικό ήταν το 1984, ενώ παράλληλα, γνωρίζουμε ότι η διάδοση της μικροβιακής αντοχής θεωρείται πιθανώς η επόμενη πανδημία. Οφείλουμε λοιπόν να κάνουμε κάτι και είμαστε ευτυχείς που βλέπουμε ότι στην προτεινόμενη νομοθεσία υπάρχουν ανάλογες προτάσεις.

Με άλλα λόγια, υπάρχουν πολλά θετικά βήματα. Υπάρχουν και μερικά που προκαλούν προβληματισμό, ιδιαίτερα το γεγονός ότι η Επιτροπή προτείνει να μειωθεί η προστασία που απαιτείται για την ανάπτυξη ορισμένων προϊόντων τόσο για τις σπάνιες ασθένειες όσο και για τα φάρμακα εν γένει. Στην Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων (EFPIA) εκπονήσαμε και δημοσίευσουμε μια έκθεση στα τέλη του περασμένου έτους και συνεδριοποιήσαμε ότι εάν εφαρμοστούν όλες οι προτάσεις που έθεσε η Επιτροπή στο τραπέζι, ο κίνδυνος είναι ότι 50 από τα 225 νέα φάρμακα που θα έπρεπε να αναπτυχθούν και θα αναπτύσσονταν στην Ευρώπη τα επόμενα 15 χρόνια θα χαθούν.

Επομένως, για να ολοκληρώσω, νομίζω πως οφείλουμε πραγματικά να διασφαλίσουμε ότι με την αναθεώρηση της νομοθεσίας θα κάνουμε τα πράγματα σωστά. Ρυθμίζουμε τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσουμε, τον τρόπο με τον οποίο ερευνούμε, τον τρόπο με τον οποίο

εγκρίνουμε και τον τρόπο με τον οποίο παρασκευάζουμε φάρμακα στην Ευρώπη για τους ασθενείς, για τα επόμενα 20 έως 30 χρόνια. Αυτό είναι πρωτεύον και έχει μεγάλη σημασία για τους Ευρωπαίους ασθενείς, αλλά και για τα συστήματα: τόσο για τα συστήματα υγείας και τη βιωσιμότητά τους, όσο και για τις οικονομίες μας εν γένει. ●



Μιχάλης Λιόντος

Παθολόγος ογκολόγος

Επίκουρος καθηγητής, Ογκολογική Μονάδα

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μέλος ΔΣ, ΕΟΠΕ

Η επιτυχία των πολιτικών μας για την αύξηση της επιβίωσης από τον καρκίνο απαιτεί την κατανόηση της βιολογίας του νοσήματος και τη δυνατότητα παρέμβασής μας σε καθένα από τα στάδια της εξέλιξής του. Τα περισσότερα νεοπλάσματα έχουν ένα κοινό μοτίβο εξέλιξης που περιλαμβάνει την εμφάνιση γενετικών αλλοιώσεων υπό την επίδραση περιβαλλοντικών, ενδογενών (ηλικία) και κληρονομικών παραγόντων, την ανάπτυξη προκαρκινικών αλλοιώσεων, που τελικά θα δημιουργήσουν αρχόμενα νεοπλάσματα, τα οποία θα καταλήξουν σε προχωρημένη και μεταστατική νόσο.

Ο ρυθμός εξέλιξης μεταξύ αυτών των σταδίων μεταβάλλεται ανάλογα με το είδος του νεοπλάσματος και την υποκείμενη βιολογία της νόσου, την οποία θα πρέπει να κατανοήσουμε ώστε να σχεδιάσουμε και αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις. Για μερικά νεοπλάσματα (π.χ. μαστός, προστάτης, παχύ έντερο, πνεύμονας, τράχηλος της μήτρας) υπάρχει αυτήν τη στιγμή η δυνατότητα προ-συμπτωματικού ελέγχου, που επιτρέπει την αναγνώριση προκαρκινικών αλλοιώσεων ή πρώιμων καρκίνων. Η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη μέθοδο αύξησης της επιβίωσης και αυτό επιβεβαιώνεται μέσα από κλινικές μελέτες.

Η πρώιμη διάγνωση της νόσου μπορεί να επιτευχθεί και μέσα από την ενημέρωση για τα συμπτώματα της νόσου και την παραπομπή για διαγνωστικές εξετάσεις. Καθώς το στάδιο αποτελεί τον πιο ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την επιβίωση από καρκίνο, είναι προφανές ότι η πρωιμότερη διάγνωση εξασφαλίζει και καλύτερο κλινικό αποτέλεσμα για κάθε ασθενή. Καθώς όμως ο καρκίνος είναι συχνά από την εμφάνισή του συστηματική νόσος, η σχέση μεταξύ πρώιμης διάγνωσης και καλύτερης έκβασης δεν ισχύει για όλους τους ασθενείς και θα πρέπει να αναπτύξουμε μοριακούς βιοδείκτες που θα χαρακτηρίζουν τις περισσότερες επιθετικές μορφές της νόσου που θα χρειάζονται εντατική θεραπευτική αντιμετώπιση ήδη από τα πρώιμα στάδιά τους.

Αναφορικά με την έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου μετά τη διάγνωσή της, είναι δεδομένο ότι ο χρόνος έχει σημασία για την επιβίωση. Παρ' ότι ο καρκίνος δεν αποτελεί ιατρικό επείγον στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων που να απαιτεί έναρξη θεραπείας εντός ωρών ή λίγων ημερών από τη διάγνωση, είναι αποδεδειγμένο ότι η καθυστέρηση στην έναρξη αγωγής έχει επιπτώσεις στην επιβίωση των πρωιμότερων μορφών της νόσου.

Είναι σημαντικό όμως να αναγνωρίσουμε ποιο είναι το χρονικό πλαίσιο που πρέπει να ορίζουμε ως καθυ-

στέρηση, αλλά και τους τύπους του καρκίνου για τους οποίους η καθυστέρηση έχει μεγαλύτερη σημασία. Πρόσφατη μετανάλυση μεγάλων μελετών που συμπεριέλαβε περισσότερους από 1 εκατομμύριο ασθενείς απέδειξε ότι για τα πιο συχνά νεοπλάσματα, κάθε μία εβδομάδα καθυστέρησης στην έναρξη αγωγής αυξάνει από 5-10% την πιθανότητα θανάτου από τη νόσο.

Ποιοι όμως είναι οι περιορισμοί που υπάρχουν για την έγκαιρη έναρξη θεραπευτικής αντιμετώπισης στον καρκίνο; Φυσικά, υπάρχουν παράγοντες κάποιες φορές που συνδέονται με τον ίδιο τον ασθενή, όπως είναι η επιθυμία του για θεραπεία, οι προκαταλήψεις και οι φόβοι που μπορεί να έχει απέναντι στη θεραπεία, αλλά και το άγχος που αυτή του προκαλεί. Υπάρχουν επίσης καταστάσεις που επηρεάζουν αρνητικά την έναρξη της αντιμετώπισης, όπως βιώσαμε κατά τη διάρκεια της πανδημίας covid-19 και με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα οδήγησε σε σημαντική καθυστέρηση στις διαγνώσεις και τη θεραπεία της νόσου, στοιχείο που αναμένουμε να αποτυπωθεί σύντομα σε μείωση της επιβίωσης από καρκίνο.

Κυρίως όμως υπάρχουν συστημικά προβλήματα που δυσχεραίνουν την έγκαιρη έναρξη αγωγής. Ο ογκολογικός ασθενής από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, τη διάγνωση της νόσου, τη σταδιοποίηση, τη μοριακή τυποποίηση και ακολούθως τη θεραπεία ακολουθεί ένα περίπλοκο μονοπάτι που μπορεί να περιλαμβάνει ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και διαφορετικά νοσοκομεία ή μονάδες υγείας. Σε ένα προηγμένο σύστημα υγείας, αυτό το μονοπάτι είναι προσχεδιασμένο και περιλαμβάνει και συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια που πρέπει να επιτυγχάνονται ανάμεσα σε κάθε στάδιο. Στη χώρα μας όμως ακόμη δεν έχουν θεσμοθετηθεί τέτοια θεραπευτικά μονοπάτια και λείπει η διασύνδεση μεταξύ των νοσοκομείων και των μονάδων υγείας που θα επέτρεπε την αυτοματοποιημένη πορεία του ασθενούς από τη διάγνωση στη θεραπεία.

Οι περισσότεροι ασθενείς αναλαμβάνουν από μόνοι τους να περιηγηθούν μέσα στο σύστημα υγείας για να επιλύσουν το πρόβλημά τους. Επίσης, δεν υπάρχουν θεσμοθετημένα κέντρα αριστείας για τα διάφορα νεοπλάσματα που θα επέτρεπαν την ταχεία/καθετοποιημένη και βέλτιστη αντιμετώπιση του ασθενούς. Είναι γνωστό ότι ο όγκος των ασθενών που αντιμετωπίζεται σε κάθε κέντρο σχετίζεται με την ποιότητα της ιατρικής αντιμετώπισης που λαμβάνει και το αποτέλεσμα της επιβίωσής τους. Η σωστή διαχείριση των ασθενών πλήττεται επίσης από την έλλειψη δεδομένων για την πραγματική επίπτωση της νόσου και τα αντίστοιχα στοι-

χεία ανά γεωγραφική περιφέρεια, έτσι ώστε να μπορεί να αναδιοργανωθεί το σύστημα με βάση τις πραγματικές ανάγκες που υπάρχουν.

Επιπλέον, είναι δεδομένο ότι το σύστημα υγείας παραμένει υποστελεχωμένο σε ιατρικό προσωπικό και πολύ περισσότερο σε εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του καρκίνου, ενώ συχνά λείπει ο εξοπλισμός για τη διενέργεια ειδικών διαγνωστικών ή επεμβατικών πράξεων.

Τέλος, παρά τη θεσμοθέτησή τους, η λειτουργία των ογκολογικών συμβουλίων που θα εξασφάλιζε καλύτερη αντιμετώπιση και ταχύτερη πλοήγηση του ασθενούς στο σύστημα υγείας δεν επιτυγχάνεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Σε όλα τα παραπάνω πρέπει να προστεθούν τα ενδογενή προβλήματα που προκύπτουν από τη γεωγραφία της χώρας, αλλά και τις κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες που δυσχεραίνουν συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού να έχουν ταχεία πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.

Συμπερασματικά, η ταχεία έναρξη αγωγής για την αντιμετώπιση του καρκίνου έχει ιδιαίτερη σημασία – ιδίως για ασθενείς με πρώιμη νόσο. Είναι απαραίτητη η αναμόρφωση του εθνικού συστήματος υγείας με βάση τα δεδομένα που θα προκύψουν από τα μητρώα καταγραφής ασθενών με καρκίνο, τον ογκολογικό χάρτη που ετοιμάζει η ΕΟΠΕ και τα δεδομένα για την υπάρχουσα λειτουργία των νοσοκομείων, ώστε να φτιαχτούν μονοπάτια αντιμετώπισης της νόσου, δίκτυα μεταξύ των μονάδων υγείας και ποσοτικές παράμετροι που θα αξιολογούν την εφαρμογή αυτών των πολιτικών. ●



Ελένη Κουρέα

Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημίου Πατρών
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Παθολογικής Ανατομικής

Οι ιστοικοί βιοδείκτες αφορούν σε βιομόρια, που ανιχνεύονται στους ιστούς ή, αποπίπτοντας από αυτούς, στο αίμα και τα υγρά των ιστών.

Οι ανωτέρω βιοδείκτες είναι τριών κυρίων κατηγοριών:

- **Διαγνωστικοί:** Είναι πολύ σημαντικοί στη διάγνωση και –ιδίως τα τελευταία χρόνια– για την ακριβή τυποποίηση των νεοπλασμάτων. Για παράδειγμα, τα γλοιοώματα για την αντιμετώπισή τους πρέπει να έχουν τυποποιηθεί με βάση συγκεκριμένους μοριακούς βιοδείκτες, όπως π.χ. μεταλλάξεις IDH.
- **Προγνωστικοί:** Δίνουν πληροφορίες για το πώς θα εξελιχθεί ο καρκίνος ανεξάρτητα από θεραπεία. Άρα, σε έναν πιο επιθετικό καρκίνο θα πρέπει να προσθέσουμε θεραπείες, για παράδειγμα, το Ki67 και οι γονιδιακές υπογραφές μας δίνουν πληροφορίες για την επιθετικότητα στον καρκίνο του μαστού και την ανάγκη προσθήκης ή όχι χημειοθεραπείας σε συγκεκριμένες κλινικές υποκατηγορίες.
- **Προβλεπτικοί βιοδείκτες:** Δίνουν πληροφορίες σε σχέση με την αναμενόμενη ανταπόκριση του ασθενούς σε συγκεκριμένη θεραπεία. Για παράδειγμα, στον καρκίνο του μαστού γνωρίζουμε ότι οι ER και HER2 μας δείχνουν ανταπόκριση σε ορμονικούς χειρισμούς ή αντι-HER2 θεραπείες, αντίστοιχα.

Οι προβλεπτικοί βιοδείκτες αποτελούν πραγματικά το κλειδί στην εφαρμογή της ιατρικής ακριβείας. Είναι αυτοί που θα μας βελτιστοποιήσουν το όφελος για τον ασθενή και ταυτόχρονα θα μας ελαχιστοποιήσουν τις παρενέργειες της τοξικότητας για τους ασθενείς που δεν θα ωφεληθούν και την αποφυγή της οικονομικής τοξικότητας για το σύστημα υγείας.

Οι προβλεπτικοί βιοδείκτες αυξάνουν σε αριθμό ταχύτητα. Μέχρι πρόσφατα οι ER και HER2 καθόριζαν τη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Τώρα υπάρχουν κι άλλοι βιοδείκτες, οι οποίοι ολοένα αυξάνονται όσο αυξάνει η γνώση μας σε διάφορες θεραπευτικές υποομάδες. Ενδεικτικά αναφέρονται το Ki67, οι γονιδιακές υπογραφές, η χαμηλή έκφραση του HER2 (HER2-low status), οι μεταλλάξεις για τα γονίδια BRCA 1/2, PIK3CA, ESR1, οι αναδιατάξεις των NTRK1/2/3, η έκφραση του PD-L1, το TMB και οι πρωτεΐνες επιδιόρθωσης dMMR ή η κατάσταση μικροδορυφορικής αστάθειας (MSI).

Αντίστοιχα, για τον καρκίνο του πνεύμονα προδευτικά ο κατάλογος των προβλεπτικών βιοδεικτών ολοένα και μεγαλώνει και αναζητούμε πλέον μεταλλάξεις των γονιδίων EGFR, KRAS, B-RAF, MET και αναδιατάξεις των γονιδίων ALK, ROS1, RET, NTRK1/2/3.

Άρα, οι βιοδείκτες που θα μας δώσουν πληροφορία για το ποια θεραπεία θα χρειαστεί σε κάθε ασθενή προοδευτικά αυξάνουν.

Ήδη για διάφορα όργανα έχουν αλλάξει τα δεδομένα από το 2022, π.χ. στον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, το 30% των καρκίνων είχαν βιοδείκτη για τη θεραπεία, τώρα είμαστε ήδη στο 40%. Πολλοί καρκίνοι χαρακτηρίζονται από ύπαρξη βιοδείκτη για τη θεραπεία τους σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20% των περιπτώσεων, όπως τα καρκινώματα παχέος εντέρου, στομάχου, μαστού, ενδομητρίου, θυρεοειδούς, ουροδόχου κύστης και το μελάνωμα.

Συνολικά στον καρκίνο, σήμερα περίπου στο 25% των καρκίνων υπάρχουν βιοδείκτες για τη θεραπεία. Επίσης, οι αναπτυσσόμενοι βιοδείκτες ολοένα και αυξάνονται. Το ποσοστό καρκίνων που δεν έχει ακόμα βιοδείκτη προοδευτικά ολοένα και μικραίνει. Το τέλος του 2019 είχαμε 70 φάρμακα με συνοδό βιοδείκτη, ενώ κάθε χρόνο πλέον έχουμε 5-10 νέες εγκρίσεις φαρμάκων με βιοδείκτη και παρατηρούμε πώς τα δεδομένα αλλάζουν συνεχώς.

Εκτός από αυτούς τους βιοδείκτες που είναι ειδικοί για ένα όργανο και έναν καρκίνο, υπάρχουν και αυτοί οι βιοδείκτες για τους οποίους δεν μας ενδιαφέρει ο τύπος του καρκίνου είναι, οι λεγόμενοι “tumor-agnostic” / “histology-agnostic” / “histology-independent” βιοδείκτες. Αρκετοί από αυτούς έχουν να κάνουν με ανοσοθεραπευτικές επιλογές.

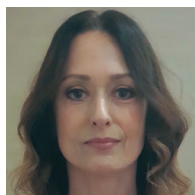
Πολλοί από τους ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση στους βιοδείκτες και για το γεγονός αυτό πολλοί παράγοντες ενέχονται σχηματίζοντας μια πυραμίδα, με τη βάση της να αποτελεί το σύνολο των ασθενών με τον συγκεκριμένο καρκίνο και στην κορυφή της να βρίσκεται ο αριθμός των ασθενών που θεραπεύονται βάσει βιοδείκτη. Για παράδειγμα, από όλους τους ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, κάποιοι δεν θα μπορέσουν να υποβληθούν σε βιοψία και άρα σε έλεγχο βιοδεικτών και αυτοί μπορεί να είναι ως και 20% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Από αυτούς που θα μπορέσουν να υποβληθούν σε βιοψία σε ένα τμήμα δεν θα είναι επιτυχής η λήψη ιστού. Από αυτούς που θα κάνουν βιοψία και θα έχουν επιτυχή λήψη ιστού, σε ένα ποσοστό μπορεί να μην έχει ληφθεί νεοπλασματικός ιστός. Ακόμα και αν έχουμε νεοπλασματικό ιστό, αυτός μπορεί να είναι ελάχιστος για να μας δώσει ικανοποιητική πληροφορία για τη θεραπεία. Τέλος, ακόμα κι αν υπάρχει διαγνωστικός ιστός, η πρόσβαση στον βιοδείκτη, μπορεί να μην είναι ίδια για όλους τους ασθενείς.

Τα στάδια της ανάπτυξης των βιοδεικτών περιλαμβάνουν: α) την ταυτοποίηση του βιοδείκτη, β) την αναλυτική του επικύρωση, γ) την κλινική του επικύρωση, δ) την επιβεβαίωση της κλινικής του χρησιμότητας και ε) την τελική εισαγωγή του στην κλινική πρακτική.

Οι ταυτόχρονες πολυγονιδιακές προσεγγίσεις, όπως το NGS, έχουν τα πλεονεκτήματα της βέλτιστης χρήσης του πολύτιμου και συχνά λιγοστού νεοπλασματικού ιστού και της εξοικονόμησης χρόνου, ωστόσο απαιτούν κλινική επικύρωση της αξίας τους και ενδελεχή ανάλυση της σχέσης κόστους/οφέλους. Επιπλέον, ο δρόμος μέχρι την κλινική τους εφαρμογή απαιτεί πολλά ενδιάμεσα βήματα από τον ιστό στην τεχνική του ανάλυσης, στη διαχείριση του τεράστιου όγκου της βιοπληροφορίας, ώστε να εξαχθούν τα κλινικά σημαντικά αποτελέσματα, που θα συζητηθούν στο μοριακό ογκολογικό συμβούλιο και να παρθούν οι τελικές θεραπευτικές αποφάσεις.

Το κόστος των βιοδεικτών σε σχέση με το κόστος της θεραπείας είναι συνήθως ελάχιστο και αποτελεί συχνά <1% του θεραπευτικού κόστους. Υπό την έννοια αυτήν, οι βιοδείκτες συμβάλλουν σημαντικά στην περιστολή του θεραπευτικού κόστους για το σύστημα υγείας και στην κλινική βελτιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, οδηγώντας και έμμεσα στον περιορισμό των πόρων που θα κατευθυνθούν στην περίθαλψη των ογκολογικών ασθενών, μέσω βελτίωσης της υγείας τους και περιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Αυτό το διάστημα είναι υπό εξέλιξη μια κοινή προσπάθεια για κατάρτιση μιας συναινετικά επικαιροποιημένης λίστας για τους προς αποζημίωση βιοδείκτες. Αυτή θα προκύψει από consensus επιστημονικών εταιρειών, όπως η Ελληνική Εταιρεία Παθολογικής Ανατομικής (ΕΕΠΑ) και η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος (ΕΟΠΕ) σε συνεργασία με ερευνητικά και πανεπιστημιακά ιδρύματα και εκπροσώπους των οικονομικών της υγείας και της φαρμακευτικής βιομηχανίας. Σκοπός της προσπάθειας αυτής είναι να αποδοθεί προς τους κρατικούς φορείς (ΚΕΣΥ, ΕΟΠΥΥ, Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Οικονομικών) ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο, επικαιροποιημένο και έγκριτο κείμενο σχετικά με τους σήμερα χρησιμοποιούμενους διεθνώς βιοδείκτες, προκειμένου να αποτελέσει το υπόβαθρο για την προαγωγή της φαρμακευτικής περίθαλψης των ογκολογικών ασθενών. ●



Φλώρα Μπακοπούλου

Πρόεδρος Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης
Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης Υπουργείου Υγείας
Αναπλ. καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής
Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

Η ομιλία μου θα εστιάσει στον Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (HTA) και στον αντίκτυπό του στο πεδίο των καινοτόμων θεραπειών για τον καρκίνο. Ο Κανονισμός ψηφίστηκε τον Δεκέμβριο του 2021 και αναμένεται να εφαρμοστεί στη χώρα μας και στα άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τον Ιανουάριο του 2025.

Ο Ευρωπαϊκός Κανονισμός HTA θα εφαρμοστεί αρχικά σε φάρμακα και στη συνέχεια θα προστεθεί και η αξιολόγηση των ιατροτεχνολογικών προϊόντων. Η αξιολόγηση θα αφορά αποκλειστικά σε κλινική αξιολόγηση, μέσω της οποίας θα αξιολογείται κυρίως η προστιθέμενη κλινική αξία των νέων φαρμάκων και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων συγκριτικά με τα ήδη υπάρχοντα. Η μη κλινική αξιολόγηση που αφορά σε οικονομικές, κοινωνικές και δεοντολογικές πτυχές θα διενεργείται σε εθνικό επίπεδο για κάθε κράτος μέλος.

Ο Ευρωπαϊκός Κανονισμός HTA θα σηματοδοτήσει την έναρξη ταυτόσημων διαδικασιών αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας στα κράτη μέλη και αναμένεται να βελτιώσει την πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμα φάρμακα και να μειώσει τον διοικητικό φόρτο σε εθνικό επίπεδο. Επιπλέον, αναμένεται να ωφεληθεί την ερευνητική κοινότητα με παροχή καλύτερων δεδομένων κλινικών μελετών και τους εμπλεκόμενους φορείς με θέσπιση επίσημου διαλόγου κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης, να αυξήσει την προβλεψιμότητα με αξιοποίηση του *horizon scanning* και να ενισχύσει τις διακρατικές συνεργασίες σε αυτούς τους τομείς στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Σύμφωνα με το πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Κανονισμού, οι κοινές κλινικές αξιολογήσεις (*Joint Clinical Assessments*) κατά τα πρώτα τρία χρόνια θα αφορούν αποκλειστικά σε νέα αντικαρκινικά φάρμακα και προηγμένες θεραπείες. Από τον Ιανουάριο του 2028 θα αξιολογηθούν και τα ορφανά φάρμακα και αναμένεται ότι από το 2030 και μετά θα ενταχθούν στην αξιολόγηση όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα και τα *high risk medical devices* με μεγάλο αντίκτυπο στους ασθενείς, τη δημόσια υγεία και τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

Ο Ευρωπαϊκός Κανονισμός προβλέπει επίσης τις κοινές επιστημονικές διαβουλεύσεις (*Joint Scientific Consultations*), την εντόπιση αναδυόμενων τεχνολογιών υγείας και την ανάπτυξη κοινής μεθοδολογίας και διαδικασιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Επιπροσθέτως, δίνει τη δυνατότητα για εθελοντική συνεργασία των κρατών μελών σε διάφορα θέματα ενδιαφέροντος.

Όσον αφορά την ελληνική Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης, από τον Ιανουάριο του 2020 έχουν αξιολογηθεί συνολικά 1260 φάρμακα, εκ των οποίων τα 340 αφορούν σε πρωτότυπα προϊόντα και εκκρεμούν μόνο 8 προϊόντα για αξιολόγηση. Τα αντικαρκινικά φάρμακα αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό, περίπου το 15% όλων των φαρμάκων. Σε σύνολο έχουν αξιολογηθεί 183 αντικαρκινικά φάρμακα, εκ των οποίων 88 αφορούν σε νέες δραστικές ουσίες/καινοτόμα προϊόντα, 24 σε ορφανά αντικαρκινικά φάρμακα, 49 σε γενόσημα, 14 σε βιοομοειδή, 7 σε υβριδικά και 1 σταθερό συνδυασμό.

Η παραγωγικότητα της ελληνικής Επιτροπής HTA έχει αυξηθεί σημαντικά στα τέσσερα χρόνια λειτουργίας της. Συνολικά 125 προϊόντα αξιολογήθηκαν το 2020, 213 το 2021, 229 το 2022 και 116 το 2023 –όχι γιατί μειώθηκαν τον τελευταίο χρόνο οι αξιολογήσεις, αλλά γιατί μειώθηκαν οι αιτήσεις της βιομηχανίας για αξιολόγηση.

Επίσης, η ελληνική Επιτροπή HTA έχει πετύχει μια δραστική μείωση του χρόνου προς αξιολόγηση, με τον μέσο όρο των ημερών για αξιολόγηση από το 2020 που ήταν 160 μέρες να έχει μειωθεί το 2021 σε 123 ημέρες, το 2022 σε 106 ημέρες και το 2023 σχεδόν σε έναν μήνα για αξιολόγηση ενός φαρμακευτικού προϊόντος από την ώρα που θα καταθέσει πλήρη φάκελο. ●



Νάντια Γκογκοζώτου

Μη εκτελεστική πρόεδρος, ΕΟΠΥΥ

Πρόεδρος Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων

Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων είναι τα τελευταία χρόνια ένα από τα βασικότερα εργαλεία του Υπουργείου Υγείας –και του κράτους γενικότερα– που αφορούν την εξοικονόμηση πόρων της φαρμακευτικής δαπάνης, ώστε να μπορέσει το σύστημα να παραμείνει βιώσιμο.

Ο στόχος όλων –και αυτή η γραμμή έχει περαστεί στα μέλη της Επιτροπής– είναι κανένας ασθενής να μη μένει χωρίς το φάρμακο που χρειάζεται. Όμως για να γίνει αυτό σε μια εποχή που συνέχεια βγαίνουν όλο και νεότερες, πιο εξειδικευμένες και ακριβότερες θεραπείες, ο στόχος είναι αυτό να μη γίνει εις βάρος του συστήματος υγείας. Και όταν λέω «σύστημα» δεν εννοώ μόνο την πλευρά του κράτους, εννοώ και την πλευρά των εταιρειών.

Εμείς τα τελευταία χρόνια ως Επιτροπή Διαπραγμάτευσης έχουμε αυξήσει τους ρυθμούς μας: βοηθάει η εξοικείωση, βοηθούν και οι διάφορες αλλαγές που έγιναν σε νομοθετικό και ανθρώπινο υλικό στην Επιτροπή. Σίγουρα έχουμε πολύ καλύτερη και αρμονικότερη σχέση με την Επιτροπή Αξιολόγησης, η οποία έχει αυξήσει επίσης τους ρυθμούς της, οπότε υπάρχει μια συνέχεια στο πότε δεχόμαστε παραπομπές από την Επιτροπή Αξιολόγησης και πότε τις εξετάζουμε. Έτσι δεν υπάρχουν εκκρεμότητες που να χρονίζουν, ενώ έχουμε φτάσει και σε ένα επίπεδο που πλέον κάνουμε επαναδιαπραγμάτευση σε διάφορες συμφωνίες που λήγουν.

Στοχεύουμε σε κλειστούς προϋπολογισμούς. Ήδη περίπου το 40% της αρχικής συνολικής δαπάνης για το φάρμακο είναι σε κλειστούς προϋπολογισμούς. Ξεκινώντας από 100 εκατομμύρια –που ήταν το ποσό των κλειστών προϋπολογισμών το 2020– έχουμε φτάσει το 2023 να έχουμε ξεπεράσει το 1 δις και φέτος είμαστε ήδη στα 750 εκατομμύρια. Πιστεύω ότι για το 2024 θα φτάσουμε σίγουρα το 1,2 δις σε κλειστούς προϋπολογισμούς, δίνοντας μια σημαντική εξοικονόμηση, αφαιρώντας τα νομοθετημένα rebates. Κι επειδή συχνά τίθεται στη συζήτηση, εμείς θα την πούμε «εξοικονόμηση», οι εταιρείες μπορούν να την πουν όπως θέλουν, αλλά το ζήτημα είναι ότι τελικά μειώνει τη γραμμή του clawback και την υπέρβαση που επιδιώκουμε να μειωθεί, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του Ταμείου Ανάκαμψης ή τουλάχιστον να βελτιωθούν τα πράγματα ως προς τις επιστροφές που καλούνται να δώσουν οι εταιρείες.

Έτσι λοιπόν αυτή η εξοικονόμηση που ξεκίνησε γύρω στα 85 εκατομμύρια το 2020, έχει φτάσει το 2023 κατ'εκτίμηση κοντά στα 700 εκατομμύρια και φιλοδοξούμε αυτό να το βελτιώσουμε ακόμα περισσότερο. Είναι σημαντικό ότι έχουμε αυξήσει το ποσό των εξοικονο-

μήσεων και ίσως σε αυτό έχουν βοηθήσει πολύ οι περισσότεροι κλειστοί προϋπολογισμοί, οι οποίοι οριοθετούν τη δαπάνη ορίζοντας συγκεκριμένους ασθενείς και βάζοντας συγκεκριμένους δείκτες ανάπτυξης. Είναι μια κοινώς αποδεκτή συμφωνία μεταξύ της Επιτροπής και των εταιρειών που αναλαμβάνουν το ρίσκο και την ευθύνη στην περίπτωση που υπάρχει υπέρβαση αυτής της δαπάνης.

Και όλα αυτά γίνονται για να αφήσουμε χώρο στα καινοτόμα προϊόντα. Πέρυσι, με κάποιους υπολογισμούς που έκανε ο ΕΟΠΥΥ, τα 424 εκατομμύρια που εξοικονομήθηκαν μέσω της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης αντιστοιχούσαν σε καινούργιες θεραπείες της τάξεως των 220 εκατομμυρίων ευρώ. Άρα, όλο το σύστημα δουλεύει προς όφελος του ασθενούς και της πρόσβασής του στις θεραπείες.

Σίγουρα όμως δεν μπορεί η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων να παραμείνει το μοναδικό εργαλείο του Υπουργείου Υγείας για την οριοθέτηση και τη βελτίωση των οικονομικών της υγείας. Χρειάζονται θεραπευτικά πρωτόκολλα, χρειάζεται η χρησιμοποίηση των βιοδεικτών – κι αυτό γιατί θα μας δείξει ποιες θεραπείες να μην αποζημιώνονται, αλλά πώς θα χρησιμοποιηθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στον ασθενή που τις χρειάζεται, χωρίς να χρειαστεί ο ασθενής να λάβει θεραπείες που απλώς θα καθυστερήσουν τη θεραπευτική του διαδικασία. Το ζήτημα είναι να ξεκινήσει η σωστή θεραπεία όσο πιο νωρίς γίνεται, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη πρόγνωση και το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Φυσικά, όλα αυτά θα οδηγήσουν στην ορθή χρήση των φαρμάκων αυτών. ●



Κώστας Αθανασάκης

Επίκουρος καθηγητής Οικονομικών της Υγείας
και Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας,
Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας κάποιες σκέψεις σχετικά με την ανάγκη να επενδύσουμε σε αυτό που ονομάζουμε *early cancer care management*. Ο όρος “early” στα Ελληνικά πιθανότατα για τη χρήση του σε αυτήν τη συζήτηση θα πρέπει να μεταφραστεί ως «έγκαιρα»/«νωρίς»: και ενδεχομένως η διάσταση αυτή να είναι εξαιρετικά σημαντική σε ένα νόσημα που έχει ένα μεγάλο χρονικό συνεχές αλλά και ιδιαίτερες στρατηγικές παρέμβασης, σε διακριτά σημεία της εξέλιξης της νόσου.

Η διάσταση της έγκαιρης παρέμβασης στον καρκίνο ξεκινά πρωτίστως όσον αφορά την έκθεση στους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αποτελούν ένα σημαντικό πια κομμάτι της συνολικής νοσηρότητας – ειδικά στη νόσο αυτήν. Υπενθυμίζεται ότι 40% της συνολικής θνησιμότητας στα δυτικά συστήματα υγείας οφείλεται σε συμπεριφορικούς παράγοντες που σχετίζονται με την έκθεση στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία.

Στο πλαίσιο αυτό, συνεπώς, ο όρος “early” στην πραγματικότητα έχει να κάνει με το κατά πόσον ως σύστημα δημόσιας υγείας μπορούμε να χειριστούμε την έκθεση του πληθυσμού απέναντι στους παράγοντες κινδύνου. Είτε με τα κλασικά μέτρα δημόσιας υγείας, όπως είναι βεβαίως η προαγωγή και η αγωγή υγείας, είτε με τα γνωστά και πολύτιμα μέτρα όπως είναι ο εμβολιασμός –έχουμε εμβόλια πλέον που προλαμβάνουν καρκίνους– ή με πιο καινούργια μέτρα, όπως είναι οι παρεμβάσεις που προτείνονται από τη συμπεριφορική επιστήμη.

Όπως και να’ χει και ανεξάρτητα από το πόσο καλοί θα είμαστε σε αυτόν τον τομέα, ένα ποσοστό του πληθυσμού είναι σίγουρο ότι θα αναπτύξει τη νόσο. Άρα λοιπόν εκεί η διάσταση της έγκαιρης παρέμβασης έχει να κάνει με το κατά πόσο γρήγορα θα μπορέσουμε να εντοπίσουμε τους ανθρώπους αυτούς για να τους θέσουμε στο ταξίδι τους στο σύστημα υγείας.

Εκεί λοιπόν βεβαίως ένα σημαντικό σκέλος των παρεμβάσεων σχετίζεται με τις πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού. Κρίσιμο σημείο αυτής της διάστασης είναι όχι απλώς η ύπαρξη ενός προγράμματος, αλλά η σημαντική συμμετοχή του πληθυσμού στο πρόγραμμα και, ειδικότερα, των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες εκείνες του πληθυσμού, οι οποίες υφίστανται ανισότητες ή εμπόδια πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Σήμερα τα περισσότερα σύγχρονα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου διεθνώς στοχεύουν προς αυτήν την κατεύθυνση. Ως εκ τούτου, πολιτικές μέτρησης και εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στη βάση

στόχων επίδοσης αλλά και πολιτικές αύξησης της συμμετοχής του πληθυσμού, είναι απαραίτητες.

Η εύρεση μιας διάγνωσης οδηγεί σε ένα άλλο σημείο, όπου πρέπει να παρέμβουμε νωρίς και το οποίο έχει να κάνει με την πρόβαση σε κατάλληλη θεραπεία. Εκεί έχουμε να κάνουμε με ζητήματα που σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα της θεραπείας, με ζητήματα που γυρνούν γύρω από αυτό που λέμε «βιωσιμότητα» στο σύστημα υγείας, ζητήματα πρόσβασης σε βιοδείκτες κ.ο.κ. Ειδικά για το ζήτημα των βιοδεικτών στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η δημιουργία και λειτουργία μιας διαδικασίας αξιολόγησης και αποζημίωσης αυτών. Ένα βασικό διαχρονικό πρόβλημα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ότι συνήθως επιχειρεί να επιλύει τα προβλήματα *ad hoc*. Νομίζω ότι πρέπει να περάσουμε πια τρόπους λήψης αποφάσεων που θα βασίζονται σε γραπτές, θεσμοθετημένες διαδικασίες. Ειδικά για τις τεχνολογίες υγείας, οι διαδικασίες αυτές θα πρέπει να ακολουθούν το ευρωπαϊκό κεκτημένο και την αντίστοιχη εμπειρία.

Ολοκληρώνοντας, στο θέμα της διαχείρισης πια της νόσου, μετά την πρόσβαση στη θεραπεία, το ζήτημα του «νωρίς» ή του «έγκαιρα», έχει να κάνει με το κατά πόσο γρήγορα πια προχωράμε στις θεραπείες. Ζούμε σε έναν κόσμο όπου οι θεραπείες τρίτης γραμμής γίνονται θεραπείες πρώτης και δεύτερης. Εκεί το ζήτημα του «νωρίς» χρειάζεται να συζητηθεί τόσο σε όρους κλινικών αποτελεσμάτων όσο και σε όρους οικονομικών αποτελεσμάτων. Η τυπική προσέγγιση στα οικονομικά αποτελέσματα είναι η προσέγγιση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας (*cost effectiveness*). Αλλά τα συστήματα υγείας νομίζω ότι πρέπει να βλέπουν γενικότερα τις οικονομικές επιπτώσεις των πράξεων αυτών.

Για παράδειγμα, πρόσφατα ολοκληρώσαμε μια μελέτη η οποία προσπάθησε να δείξει τι θα γινόταν αν σε τρεις διαγνώσεις καρκίνου φέρναμε πιο νωρίς στις γραμμές θεραπείας μία από τις –κατά γενική παραδοχή– καινοτομίες, τους PD-(L) 1 αναστολείς. Αυτό μετρήθηκε σε δύο σενάρια: σε έναν κόσμο που αυτό γίνεται νωρίς και σε έναν κόσμο όπου απλώς κρατείται για τη μεταστατική νόσο, όπως είναι σήμερα.

Και μετρήθηκε με μια σειρά από παραμέτρους που έχουν να κάνουν με τα οικονομικά στοιχεία, την αποτελεσματικότητά τους κ.ο.κ. Η μελέτη αυτή δεν είναι μια τυπική μελέτη κόστους-αποτελεσματικότητας. Πρόκειται για μια μελέτη η οποία μέτρησε το κόστος και τις συνέπειες για δέκα χρόνια θεραπείας σε περίπου 15.000 ασθενείς συνολικά. Βρήκε λοιπόν ότι νωρίτερη χρήση των θεραπειών αυτών θα μείωνε κατά 25% την επανεμ-

φάνιση της νόσου, θα μείωνε κατά 22% τους θανάτους μέσα σε αυτήν τη δεκαετία, θα αύξανε κατά 3% μέσα σε αυτήν τη δεκαετία τα έτη ζωής και κατά 4% τα κερδισμένα ποιοτικά έτη ζωής.

Αυτού του τύπου το σκεπτικό έχω την αίσθηση ότι μπορεί να μας βοηθήσει να λάβουμε τεκμηριωμένες αποφάσεις. Χρειαζόμαστε τεκμηριωμένες αποφάσεις όταν η συζήτηση αφορά την κατανομή των πόρων, γιατί αυτές στην πραγματικότητα είναι αποφάσεις που θα πρέπει να συνοδεύονται από τεκμηρίωση και κοινωνική λογοδοσία. ●



Ηλίας Αθανασιάδης

Παθολόγος ογκολόγος

Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής & Μ.Η.Θ.

«ΜΗΤΕΡΑ»

Η Ελλάδα θεωρώ πως διαθέτει αποφασιστικότητα ως προς την καταπολέμηση του καρκίνου. Και είναι αλήθεια πως οι ευκαιρίες για τον ασθενή δίνονται νωρίς. Όσο πιο νωρίς γίνει η παρέμβαση στην πορεία της νόσου, τόσο περισσότερα αποτελέσματα έχουμε. Η νόσος αργότερα γίνεται πολύπλοκη, αφήνει λιγότερες ευκαιρίες. Στην πράξη, η πορεία μιας ασθένειας κρίνεται πριν από τη διάγνωση. Η συνολικά καλή υγεία οριοθετεί την αρρώστια και καθορίζει τη βιολογία του καρκίνου που θα αναπτυχθεί. Στην αρχή, μόλις γίνει η διάγνωση, χρειάζεται μια ομάδα ειδικών, ένα πολύ καθαρό μονοπάτι, γιατί από την αρχή πρέπει να υπάρχει ένα στρατηγικό σχέδιο και μια ομάδα που θα παράσχει τη φροντίδα – ποτέ ένας άνθρωπος. Επομένως, πρέπει να γίνει επένδυση στην ομάδα, στους ανθρώπους, ώστε να υπάρχει ετοιμότητα ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Προχωρώντας παραπέρα, οι βιοδείκτες αποτελούν μια πολύ σημαντική πληροφορία, διότι εμείς σε μια διάγνωση περιλαμβάνουμε πολλές διαφορετικές αρρώστιες. Οι βιοδείκτες είναι η αναγνώριση της ταυτότητας του όγκου. Αν υπάρχει η ταυτότητα του όγκου, προκύπτει ότι ο καθένας έχει διαφορετική ασθένεια. Μόνο με την παρακολούθηση των βιοδεικτών μπορεί να δει κάποιος στην πορεία της νόσου ποιο μονοπάτι παίρνει, την ανθεκτικότητα και μπορεί να τοποθετηθεί πάλι. Άρα, οι βιοδείκτες είναι απαραίτητοι για την ταυτοποίηση της ασθένειας. Η επιλογή θεραπείας πλέον δεν γίνεται σχεδόν ποτέ για μια αρρώστια. Γίνεται για τη συγκεκριμένη ομάδα, με τα συγκεκριμένα βιολογικά χαρακτηριστικά και πάλι οριοθετείται.

Επομένως, πραγματικά έχουμε ανάγκη από βιοδείκτες και η δουλειά που παίρνουμε από τις ειδικότητες που είναι δίπλα μας είναι εντυπωσιακά σημαντική. Ένα λάθος στους βιοδείκτες πολλαπλασιάζει τα λάθη που κάνουμε μετά. Και όλο αυτό δεν είναι προϊόν παρόρμησης. Ο γιατρός –αντίθετα από ό,τι πιστεύει ο κόσμος– δεν έχει μια έμπνευση και μια παρόρμηση κάθε μέρα. Η δουλειά μας οριοθετείται επιστημονικά και έχει συγκεκριμένες κατευθύνσεις, δεν μπορεί ο καθένας να κάνει ό,τι κρίνει. Οριοθετείται από κανόνες, οι δείκτες επίσης οριοθετούνται. Στην πράξη δηλαδή η αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας είναι εξαιρετικά σημαντική και νομίζω ότι ο τρόπος για να έχουμε αποτελέσματα –ή να τα έχουμε όλα αυτά σε υψηλό επίπεδο– είναι με εγγύηση της ποιότητας.

Επίσης, μια μεγάλη επένδυση στον τομέα της υγείας αφορά τις υποδομές. Αν υπάρχουν υποδομές, δίνεται η δυνατότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων. Ακόμα, μια μεγάλη έλλειψη που αναδεικνύεται αφορά το ανθρώπινο δυναμικό. Δεν πρόκειται μόνο τα χρήματα. Αυτήν τη στιγμή –νομίζω σε όλες τις χώρες και στην Ελλάδα– δεν έχουμε αρκετούς ογκολόγους με αποφασιστικότητα, έτοιμους να αντιμετωπίσουν τη νόσο – και πρέπει να τους αναπτύξουμε. Μερικές ειδικότητες παρουσιάζουν τεράστιες ελλείψεις. Δεν έχουμε ένα απεριόριστο ποσό χρημάτων να δώσουμε, πρέπει να είμαστε έτοιμοι ώστε κάθε επένδυση να πάει καλά.

Στην πράξη, αν θέλουμε να έχουμε καλή φροντίδα, αυτή δεν θα καθοριστεί από την έμπνευση ενός γιατρού. Επενδύεις στην κλινική έρευνα, επενδύεις στην ανάπτυξη καινούργιων φαρμάκων, επενδύεις στην αναγνώριση της πορείας που ακολουθεί κάθε ασθένεια με τις θεραπείες που δίνεις, βλέπεις τους νέους βιοδείκτες και είσαι έτοιμος με ανθρώπινο δυναμικό και υποδομές να αντιμετωπίσεις με σωστό τρόπο όποια ευκαιρία παρουσιαστεί. Κινητοποιείς τους ανθρώπους, κινητοποιείς τους ασθενείς, ώστε η κοινωνία να έχει την ενέργεια και οι ίδιοι οι γιατροί να έχουν την ενέργεια και το πάθος, ώστε να θεωρήσουν ότι βρίσκονται σε έναν πραγματικό αγώνα με αποφασιστικότητα απέναντι στην καταπολέμηση του καρκίνου. ●



Μάριος Θεμιστοκλέους

Υφυπουργός Υγείας

Βρίσκομαι στη Θεσσαλονίκη, όπου σε λίγο μαζί με τον υπουργό Υγείας κ. Άδωνι Γεωργιάδη θα επισκεφθούμε τα Νοσοκομεία «Παπαγεωργίου» και «Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ» ως τα πρώτα νοσοκομεία στα οποία θα γίνουν απογευματινά χειρουργεία.

Αρχίζω με αυτό, καθώς τα απογευματινά χειρουργεία είναι το πρώτο βήμα της μεγάλης μεταρρύθμισης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ευελπιστούμε με τη λειτουργία των απογευματινών χειρουργείων να δώσουμε μεγαλύτερη παραγωγή στα νοσοκομεία όσον αφορά τον χειρουργικό τομέα, έτσι ώστε να μειωθούν οι λίστες αναμονής και επίσης να μπορέσουμε να συνδέσουμε την αμοιβή των γιατρών με την παραγωγικότητα, ώστε να επιτύχουμε την αύξηση των αμοιβών των γιατρών του ΕΣΥ.

Έχω επιλέξει να αρχίσω με αυτό, γιατί με τα υπόλοιπα μέτρα που θα έρθουν θα προσπαθήσουμε να κάνουμε το Εθνικό Σύστημα Υγείας ξανά κραταιό και ελκυστικό για τους γιατρούς, με τέτοιον τρόπο ώστε να έχουμε τους καλύτερους γιατρούς που εργάζονται σε ένα σύστημα το οποίο κατάφερε να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις. Είναι όμως η ώρα και η στιγμή να προχωρήσουμε στην επόμενη φάση και να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα από το θεωρητικό στο πρακτικό επίπεδο και να λύσουμε παθογένειες τις οποίες συζητάμε χρόνια σε αδιάκοπη βάση.

Πιο συγκεκριμένα, η διαχείριση του ογκολογικού ασθενούς αποτελεί μια βασική προτεραιότητα για εμάς. Η διαχείριση από το στάδιο της διάγνωσης και της αντιμετώπισης, που είναι η «νοσοκομειακή» φάση, αποτελεί για εμάς έναν κρίσιμο τομέα στον οποίο θα επικεντρωθούμε, ώστε να επιτύχουμε σημαντικές και πολύ συγκεκριμένες αλλαγές το επόμενο χρονικό διάστημα.

Η πρώτη αλλαγή είναι η καθοδήγηση του ασθενούς. Αυτήν τη στιγμή αντιμετωπίζουν πρόβλημα οι πολίτες της χώρας, οι ασθενείς, μετά τη διάγνωση ή ακόμα και την πρώτη αντιμετώπιση, μπορώ να φέρω συγκεκριμένο παράδειγμα. Ένας ασθενής χειρουργείται σε κάποιο νοσοκομείο και δεν έχει σαφή καθοδήγηση εντός του συστήματος για το ποιο είναι το επόμενο βήμα και πώς θα καταφέρει να φτάσει σε αυτό, δηλ. να κλείσει χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

Άρα, θα προχωρήσουμε σε έναν μηχανισμό έτσι ώστε να κατευθύνουμε εντός του συστήματος τον ογκολογικό ασθενή και να διευκολύνουμε τα διάφορα στάδια της διαδικασίας, δίνοντας μεγάλη έμφαση στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Παράλληλα, θα εστιάσουμε και στην

ποιότητα της θεραπείας, δηλ. πού αναμένουν αυτοί οι ασθενείς, πώς τους προσεγγίζουμε, πώς κλείνουν τα ραντεβού για τις χημειοθεραπείες, ώστε να βελτιώσουμε το κομμάτι της διαχείρισης του ογκολογικού ασθενούς.

Το δεύτερο είναι η ολιστική αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς. Πέρα από τη διάγνωση και τη θεραπεία, έχουν αυξηθεί –και είμαστε πολύ ευτυχημένοι με αυτό– σε παγκόσμιο επίπεδο οι επιβιώσαντες από τον καρκίνο. Θέλουμε να τους βοηθήσουμε και εντός του νοσοκομειακού χώρου στη διαχείριση της καθημερινότητας και κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και στη συνέχεια.

Ήδη θα δείτε να αναπτύσσονται τα επόμενα βήματα όσον αφορά τους επιβιώσαντες από παιδιατρικό καρκίνο σε συνεργασία με τα ογκολογικά τμήματα των δύο παιδιατρικών νοσοκομείων της χώρας. Στο επόμενο χρονικό διάστημα θα αναπτύξουμε και τα υπόλοιπα κέντρα που αφορούν τους επιβιώσαντες ογκολογικούς ασθενείς.

Όλα αυτά θα ενισχυθούν με την ανακαίνιση υποδομών που έχουν ήδη δρομολογηθεί αλλά κυρίως με την ψηφιακή αναβάθμιση των υπηρεσιών. Το μεγάλο έργο της ογκολογικής διαχείρισης στα νοσοκομεία έχει ήδη τροχιοδρομηθεί και το επόμενο χρονικό διάστημα με τη διοίκηση των νοσοκομείων και τους υγειονομικούς θα έχουμε τα ψηφιακά εργαλεία, ώστε να μπορέσουμε να προσφέρουμε ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς.

Αυτό που προσπαθούμε να κάνουμε στο Υπουργείο Υγείας είναι μικρά βήματα, τα οποία όμως θα έχουν μεγάλο αποτέλεσμα σε πρακτικό επίπεδο στους ασθενείς. Θα προσπαθήσουμε στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα να προβούμε στη δημιουργία ογκολογικών συμβουλίων στα νοσοκομεία έτσι ώστε να επιτύχουμε την αναβάθμιση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών μέσα από ένα ασθενοκεντρικό και αποτελεσματικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. ●



Βασιλική Γκιόκα

Προϊσταμένη Τμήματος Ποιότητας, Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
«Άγιος Σάββας» Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών

Το Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας» είναι το πρώτο νοσοκομείο που λαμβάνει κρατική ενίσχυση από το Υπουργείο Υγείας προκειμένου να αναβαθμιστεί σε Ολοκληρωμένο Κέντρο Καρκίνου, εστιάζοντας κυρίως στην ποιότητα της φροντίδας υγείας και ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών.

Το έργο έχει τίτλο «Ανάπτυξη Ολοκληρωμένου Κέντρου Καρκίνου με την εφαρμογή και διαλειτουργικότητα τυποποιημένων διαδικασιών για την ποιότητα της φροντίδας υγείας και ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών». Χρηματοδοτείται από εθνικούς πόρους και συγκεκριμένα από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων. Ο προϋπολογισμός του έργου ανέρχεται περίπου στο 1.900.000 ευρώ και επιδιώκει να καλύψει την άμεση αναγκαιότητα εφαρμογής τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας, η οποία θα οδηγήσει στη δυνατότητα διασφάλισης ποιοτικών και ασφαλών υπηρεσιών υγείας για τον ογκολογικό ασθενή.

Το έργο έχει διάρκεια 30 μήνες και αποτελείται από δύο υπο-έργα. Με την προετοιμασία αυτήν που απορρέει από το συγκεκριμένο έργο, το νοσοκομείο θα αναπτύξει ανθρωποκεντρικό μοντέλο προσέγγισης του ογκολογικού ασθενούς, όπου έμφαση θα δίνεται όχι μόνο στο θεραπευτικό πρωτόκολλο και την επιτήρηση της νόσου, αλλά και στην εξατομικευμένη φροντίδα που καλύπτει όλες τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες υγείας του επιβιώσαντος.

Με την ολοκληρωμένη αυτήν προσέγγιση το νοσοκομείο θα είναι σε θέση να λάβει τη διαπίστευση αριστείας από τον Οργανισμό των Ευρωπαϊκών Κέντρων Καρκίνου (OECI), του οποίου το νοσοκομείο είναι βασικό μέλος από το 2022. Ο φιλόδοξος στόχος του OECI είναι να ενώσει μέσω του προγράμματος διαπίστευσης όλα τα ευρωπαϊκά κέντρα καρκίνου, δημιουργώντας κοινή μεθοδολογία αριστείας στην ογκολογία, διασφαλίζοντας υψηλά επίπεδα έγκυρης διάγνωσης και διαχείρισης του καρκίνου, την αναβάθμιση της έρευνας, της εκπαίδευσης και της διεξαγωγής κλινικών μελετών υποστηρίζοντας τη διακρατική συνεργασία.

Η αναγκαιότητα για τη δημιουργία Ολοκληρωμένων Κέντρων Καρκίνου στην Ευρώπη δημιουργήθηκε διότι η παροχή και η ποιότητα στην περίθαλψη για τον καρκίνο μπορεί να ποικίλλει μεταξύ των χωρών, λόγω διαφορών στη δομή των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, του ποσού των πόρων που διατίθενται για την περίθαλψη και την έρευνα για τον καρκίνο, τη σχέση μεταξύ έρευνας και κλινικής πρακτικής και την εφαρμο-

γή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου.

Για παράδειγμα, τα ποσοστά επιβίωσης μετά τη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού ποικίλλουν κατά 20% μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, ενώ η πενταετής επιβίωση του παχέος εντέρου κυμαίνεται από 49-68%. Η διασυννοριακή αυτή συνεργασία των Ολοκληρωμένων Κέντρων Καρκίνου θα αναπτύξει και θα βελτιώσει τα θεραπευτικά μονοπάτια, τα οποία αποτελούν αναπόσπαστο εργαλείο για τον σχεδιασμό και συντονισμό, την παροχή, την παρακολούθηση και την καταγραφή, την ανασκόπηση της φροντίδας υγείας.

Προκειμένου λοιπόν να μειωθεί η διαφοροποίηση στην οργάνωση και την ποιότητα της φροντίδας υγείας των ογκολογικών ασθενών, χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και από το 7ο Πρόγραμμα Πλαίσιο το πρόγραμμα διαπίστευσης με το ακρώνυμο EurocanPlatform. Αποτέλεσμα του έργου ήταν να δημιουργηθεί εντός των 14 πακέτων εργασίας το εγχειρίδιο ποιότητας του OECI, το οποίο διαθέτει 345 standards.

Μετά το πέρας του συγκεκριμένου έργου, εννέα ευρωπαϊκά ογκολογικά νοσοκομεία έλαβαν διαπίστευση. Το εγχειρίδιο αυτό αντικατοπτρίζεται σε δύο εργαλεία αυτοαξιολόγησης. Το ερωτηματολόγιο της ποσοτικής αξιολόγησης και το ερωτηματολόγιο της ποιοτικής αξιολόγησης. Εμείς έχουμε ήδη ολοκληρώσει το ερωτηματολόγιο της ποσοτικής αξιολόγησης.

Τα κριτήρια που χαρακτηρίζουν έναν οργανισμό ως ολοκληρωμένο κέντρο καρκίνου –εκτός από τα ποσοτικά κριτήρια όπως ο προϋπολογισμός και οι κλινικές– είναι κυρίως η παραγωγή της ερευνητικής δραστηριότητας για τον καρκίνο. Για παράδειγμα, ένα ποσοτικό κριτήριο για τη διαπίστευση αφορά στον αριθμό των κλινικών μελετών που είναι ενεργές ετησίως και πρέπει να είναι πάνω από 75, ενώ το νοσοκομείο μας το 2022 είχε 54. Επίσης, οι ασθενείς που εντάσσονται στις προοπτικές παρεμβατικές κλινικές μελέτες θα πρέπει να ξεπερνάνε το 10% των νεοθεραπευθέντων ασθενών του νοσοκομείου. Οι νεοθεραπευθέντες στον «Άγιο Σάββα» το 2022 ήταν 4.826 και εντάξαμε στις κλινικές μελέτες 242 ασθενείς. Ο δείκτης μας είναι ακόμα αρκετά χαμηλός, στο 5%, έχουμε δρόμο. Για τον λόγο αυτόν, έχουν γίνει πολύ συγκεκριμένες δράσεις, όπως είναι η ανάπτυξη της μονάδας κλινικών μελετών και η βιοτράπεζα.

Οι δομές λοιπόν αυτές είναι σύνθετες και πολυδιάστατες. Παράγουν γνώση και καινοτομία και είναι απαραίτητες αν θέλουμε να αναπτύξουμε και να εδραιώσουμε έναν τομέα μεταφραστικής έρευνας με κατεύθυνση

την ογκολογία ακριβείας και την εξατομικευμένη ιατρική, ωθούμενοι πάντα από το πραγματικό μας ενδιαφέρον για τη βελτίωση της υγείας του συνανθρώπου μας.

Πιο συγκεκριμένα, οι βασικές απαιτήσεις που οφείλει να εφαρμόζει η ομάδα διαχείρισης κλινικών μελετών βάσει του προτύπου του OECI είναι επίσης σχέδιο δράσης για τη δραστηριότητα του νοσοκομείου στις κλινικές μελέτες, πολιτική προώθησης των κλινικών μελετών η οποία περιλαμβάνει –μεταξύ άλλων– πληροφορίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα των κλινικών μελετών στο νοσοκομείο, μπρώρο κλινικών μελετών συμπεριλαμβανομένων των ασθενών που εντάχθηκαν στη μελέτη και φυσικά επίσης έκθεση πεπραγμένων, η οποία θα δημοσιεύεται στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου.

Στον «Άγιο Σάββα» στις αρχές Μαΐου και σύμφωνα με τον ν.4051/08-04-2023 στο άρθρο 8 η διοίκηση αποφάσισε τη σύσταση της Μονάδας Κλινικών Μελετών. Η εν λόγω απόφαση εντάσσει σε πρώτη φάση τη μονάδα στο τμήμα ποιότητας προκειμένου να αναπτυχθούν τα απαραίτητα SOPs.

Τα οφέλη που προκύπτουν από τη συστηματική έρευνα δημιουργούν ένα πλούσιο και γόνιμο ερευνητικό περιβάλλον για τη συστηματική βελτίωση της ποιότητας φροντίδας προς όφελος των ασθενών και της επιστήμης. Στο πλαίσιο αυτό, η διοίκηση του νοσοκομείου στον νέο οργανισμό που συντάσσει επαναλειτούργει το Κέντρο Ογκολογικής Έρευνας «Γεώργιος Παπανικολάου», το οποίο για πολλά χρόνια ήταν ανενεργό.

Το Κέντρο στοχεύει στη δημιουργία μιας εκσυγχρονισμένης διεπιστημονικής ερευνητικής πλατφόρμας στους νευραλγικούς τομείς της υγείας, των φαρμάκων και της βιοτεχνολογίας και φιλοδοξεί να λειτουργήσει ως πόλος για την καινοτομία στον χώρο της μεταφραστικής έρευνας και των κλινικών εφαρμογών.

Ο απώτερος επιστημονικός σκοπός είναι η ανακάλυψη των βιοδεικτών πρόγνωσης και πρόβλεψης που θα αποτελέσουν τη βάση για τη βελτιστοποίηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων στο πλαίσιο της ογκολογίας ακριβείας και βασίζεται σε εξατομικευμένες θεραπείες.

Η συγκρότηση και ανάπτυξη της βιοτράπεζας του νοσοκομείου έχει δημοσιευθεί στο περιοδικό *Ογκο* τον Σεπτέμβριο του 2023. Πολλοί ασθενείς με καρκίνο εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις στη διάγνωση και περιορισμένη πρόσβαση σε ειδικούς και αποτελεσματική θεραπεία. Η ένταξη του νοσοκομείου στο δίκτυο των Ολοκληρωμένων Κέντρων Καρκίνου του OECI σημαίνει την απαρχή μιας εποικοδομητικής συνεργασίας με κορωνίδα την απόκτηση της διαπίστευσης που στόχο έχει τη διασφάλιση, την προσβασιμότητα του πολίτη, τον εκσυγχρονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ποιοτική τους αναβάθμιση, τη λειτουργική αναδιοργάνωση και την καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, δίνοντας την ευκαιρία σε όλους τους ογκολογικούς ασθενείς να λάβουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας. ●



Αθηνά Χριστοπούλου

Παθολόγος ογκολόγος

Διευθύντρια και υπεύθυνη της Ογκολογικής Μονάδας

Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Ειδική γραμματέας, ΕΟΠΕ

Ουσιαστικά είμαστε όλοι εδώ σήμερα για να προβληματιστούμε μέσω ενός ανοικτού διαλόγου όχι μόνο για το πώς θα φέρουμε την καινοτομία, αλλά πώς αυτήν την καινοτομία θα τη δώσουμε στους ασθενείς μας, έτσι ώστε να υπάρχει ισότιμη πρόσβαση.

Το θέμα της δικής μου τοποθέτησης έχει να κάνει με την ολιστική φροντίδα και καλό είναι να θυμηθούμε τι ορίζεται ως υγεία. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, υγεία δεν είναι η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας αλλά η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία.

Άρα λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι βρισκόμαστε μπροστά σε ένα δίπολο «υγεία-ασθένεια» και ας θυμηθούμε τη ρήση του Αριστοτέλη σύμφωνα με την οποία «το όλον είναι μεγαλύτερο από το άθροισμα των μερών του». Η φιλοσοφία του ολισμού βλέπει τα άτομα ως ολοκληρωμένες μονάδες που δεν μπορούν να χωριστούν σε ξεχωριστά μέρη. Και βέβαια, υπάρχει και μια δυναμική συν-λειτουργία οργανισμού. Η ολιστική υγεία βλέπει τις σωματικές, διανοητικές, κοινωνικο-πολιτιστικές, ψυχολογικές και πνευματικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου ως ένα ολοκληρωμένο σύνολο.

Εμείς ως επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να βλέπουμε τις ασθένειες μόνο ως μεμονωμένες διαταραχές της λειτουργίας των οργανικών συστημάτων, αλλά πρέπει να τις μελετούμε με μια διαφορετική προσέγγιση. Ψάχνοντας να βρω ποιος είναι ο καταλληλότερος ορισμός για το τι σημαίνει ολιστική φροντίδα, κατέληξα στο εξής: «Τίποτα δεν μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητό αν δεν δει κανείς ολόκληρο το σύστημα του οποίου αποτελεί μέρος και το σύνολο είναι πάντα περισσότερο από το άθροισμα των μερών του».

Ο σκοπός είναι –και αυτό υπογραμμίζεται– η διατήρηση της ισορροπίας και της αρμονίας όλων των πτυχών της ζωής σε ό,τι έχει να κάνει με το σώμα, το πνεύμα και την ψυχή. Επομένως, υγεία και ασθένεια είναι αλληλένδετες καταστάσεις, μπορούμε να το φανταστούμε σαν ένα αμφίδρομο μονοπάτι διπλής κατεύθυνσης, στο οποίο εμπλέκονται βιολογικοί παράγοντες, ανθυγιεινές συμπεριφορές, συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλλά και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Στόχος της ολιστικής προσέγγισης είναι η βελτιστοποίηση του αποτελέσματος και η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας μέσω της συνεργασίας και της ενσωμάτωσης των διαφορετικών δεξιοτήτων των γνώσεων.

Αν ψάξουμε συνώνυμα της ολιστικής φροντίδας, θα βρούμε την έννοια «φροντίδα ολόκληρου του ατόμου», «ολοκληρωμένη φροντίδα» πρόκειται επομένως για μια

πολυδιάστατη προσέγγιση με συνώνυμες έννοιες, με μικρές όμως διαφοροποιήσεις. Ακριβώς αυτή η ολιστική φροντίδα δίνει μια εις βάθος κατανόηση των ασθενών και των διαφόρων αναγκών τους για φροντίδα κι έχει σίγουρα σημαντικές συνέπειες στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Έτσι λοιπόν ολιστική φροντίδα είναι η πλήρης ή συνολική φροντίδα του ασθενούς που λαμβάνει υπ' όψιν τις σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, οικονομικές και πνευματικές ανάγκες του ατόμου, την ανταπόκρισή του στην ασθένεια και την επίδραση της ασθένειας στην ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου.

Είναι πολύ καλά τεκμηριωμένο ότι οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν πληθώρα σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πνευματικών αλλά και οικονομικών ζητημάτων. Η φροντίδα του καρκίνου πρέπει να μετατοπίζεται από την ασθένεια σε μια ολιστική προσέγγιση στην οποία δίνεται περισσότερη προσοχή στις ψυχο-κοινωνικές πτυχές, την ποιότητα ζωής, τα δικαιώματα των ασθενών, την ενδυνάμωση και την επιβίωση. Συνεπώς, η αντιμετώπιση της φροντίδας των ασθενών από μια ολιστική προοπτική οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία και την ευημερία τους. Άρα, βρισκόμαστε μπροστά σε μια αναδυόμενη θεραπευτική προσέγγιση που μετατοπίζει την εστίαση από την ίαση στη θεραπεία.

Ταυτόχρονα, οι συμβατικές ογκολογικές υπηρεσίες παρέχονται παράλληλα με προγράμματα εκπαίδευσης και αυτοδιαχείρισης ασθενών και συντονίζονται με παροχή υποστηρικτικής φροντίδας που καλύπτει ψυχολογικές, συναισθηματικές και πνευματικές ή υπαρξιακές ανάγκες. Θέλουμε να δούμε συνολικά τι σημαίνει ολιστική φροντίδα, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει ασφαλώς την πρόληψη με την τροποποίηση και καθοδήγηση καθημερινών υγιεινών συνθηκών και σίγουρα την εξατομικευμένη θεραπεία. Δεν αρκεί όμως μόνο αυτή και σήμερα δεν θεραπεύουμε τον καρκίνο, αλλά θεραπεύουμε το γονίδιο του καρκίνου. Πρέπει να εστιάζεται όχι μόνο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αλλά και στη μείωση των παρενεργειών που συνδέονται με ορισμένες συμβατικές ιατρικές θεραπείες, οπότε αυτό θα βοηθήσει στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής του ασθενούς και την ικανοποίηση από τη φροντίδα του.

Έχει να κάνει με μια συνολική αξιολόγηση των σωματικών συμπτωμάτων και των συναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών πτυχών της υγείας, οπότε αυτό βοηθά τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να κατανοήσουν τους υποκείμενους παράγοντες που

επηρεάζουν την ευημερία του ασθενούς. Οποσδήποτε εδώ συμπεριλαμβάνεται και η διεπιστημονική συνεργασία, διότι αυτή η διεπιστημονική προσέγγιση επιτρέπει την ολιστική κατανόηση της υγείας του ασθενούς και την εφαρμογή ολοκληρωμένων σχεδίων θεραπειάς.

Ασφαλώς, πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και συμπληρωματικές θεραπείες που βοηθούν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και την ενίσχυση της ισορροπίας του σώματος, όπως π.χ. μουσικοθεραπεία, διαλογισμός κ.ά. Επίσης, περιλαμβάνει αυτογνωσία και ενεργή συμμετοχή, πρέπει να ενθαρρύνουμε τους ασθενείς μας να είναι ενεργοί συμμετέχοντες στη θεραπευτική διαδικασία τους. Περιλαμβάνει ακόμα βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας και βελτιωμένη ικανοποίηση των ασθενών. Επομένως, με μια ασθενοκεντρική προσέγγιση και εστιάζοντας στις ατομικές προτιμήσεις των ασθενών, αξίες και στόχους, μπορούμε να είμαστε σε θέση να μιλάμε για ολιστική φροντίδα.

Πριν από δέκα χρόνια, το εθνικό σύστημα υγείας στην Αγγλία (NHS) μαζί με άλλους εθνικούς εταίρους υπέγραψε μια σειρά δεσμεύσεων για την υποστήριξη ολοκληρωμένης περίθαλψης και ο σκοπός περιελάμβανε τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας του πληθυσμού και της υγειονομικής περίθαλψης, την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στα αποτελέσματα, την εξυπηρέτηση και την πρόσβαση και την ενίσχυση της παραγωγικότητας και της σχέσης ποιότητας-τιμής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ενσωμάτωση ολιστικών προσεγγίσεων, όπως οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα και το θεραπευτικό άγγιγμα, βοηθούν στη διαχείριση των συμπτωμάτων, στη διαχείριση του πόνου, στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης, σε βελτιωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών.

Υπάρχουν πολλές άλλες μελέτες που δείχνουν ότι τέτοιες προσεγγίσεις οδηγούν σε βελτιωμένη συνολική ευεξία και καλύτερη συνολική επιβίωση, πλέον αυτό είναι γεγονός. Όμως, εμείς ως επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αντιμετωπίζουμε τους ασθενείς μας σαν βιολογικές μηχανές. Είναι ανάγκη να τονιστεί επίσης η σημασία της ενδονοσοκομειακής εκπαίδευσης και της δημιουργίας σχέσεων εμπιστοσύνης και θετικών συμπεριφορών.

Άρα λοιπόν, πρόληψη, προ-αποκατάσταση και αποκατάσταση είναι εξέχουσας σημασίας, γιατί ο ασθενής με καρκίνο από την πρώτη του διάγνωση πρέπει να θεωρείται επιζών. Υπάρχουν πολλές σημαντικές μελέτες που υποστηρίζουν την αναγκαιότητα για ολιστική φροντίδα και έχουν να κάνουν με πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών. Και βέβαια, πέρα από την εξατομικευμένη ιατρική, πρέπει αυτό να συνδέεται άμεσα με την εξατομικευμένη φροντίδα. Σε αυτό είναι πολύ σημαντικό να πούμε πόση σημασία έχουν τα αναφερόμενα αποτελέσματα από τον ασθενή (PROs), μια πολύ σημαντική πτυχή και σημαντική καινοτομία που δίνεται μέσα από την ψηφιακή υγεία.

Τα συμπεράσματα είναι ότι τα συνολικά οφέλη είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η βελτίωση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και βεβαίως η αύξηση της επιβίωσης. Άρα, οι λύσεις μπορούν να προκύψουν στρέφοντας την εστίαση από τα υποτιθέμενα επιθυμητά αποτελέσματα, που είναι η ίαση, στις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς, που είναι η θεραπεία. ●



Δημήτριος Παπαγεωργίου

Επίκουρος καθηγητής

Παθολ. Νοσηλ. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Πρόεδρος Τομέα Νοσηλευτικής Ογκολογίας ΕΣΝΕ

Στην παρουσίασή μου θα εστιάσω στη σημασία της διεπιστημονικής λειτουργίας ενός συστήματος υγείας. Στην καθημερινότητά μας όλοι βλέπουμε ότι έχουμε ένα σύνολο ατόμων που βρίσκονται συνυφασμένα σε ένα μέρος (προσωρινά ή μακροπρόθεσμα), αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι έχουν κοινό στόχο ή κοινό όραμα.

Βεβαίως, υπάρχει και η λογική μιας ομάδας, που είναι διαφορετική από το σύνολο. Η ομάδα πολλές φορές δουλεύει ανεξάρτητα, αλλά εργάζεται με έναν κοινό σκοπό που σχετίζεται με τον οργανισμό, με την ασθενοκεντρικότητα, με τα αποτελέσματα και την ποιότητα ζωής.

Η ομάδα είναι πολύ σημαντική και τα χαρακτηριστικά των μελών της συνοψίζονται ως εξής:

- Βρίσκονται στον ίδιο χώρο
- Έχουν κοινές αξίες
- Εργάζονται για τον ίδιο σκοπό
- Έχουν οργάνωση/κανόνες/αλληλεπίδραση
- Έχουν διαφορετικές ποιότητες-ειδικότητες
- Υπάρχει συμπληρωματικότητα

Επίσης, σημασία έχει να ξεχωρίσουμε τη διεπιστημονικότητα από την πολυεπιστημονικότητα. Στη διεπιστημονικότητα έχουμε συνεργασία και συνεργατική προσέγγιση μεταξύ επαγγελματιών υγείας ή επιστημών που ανήκουν σε διάφορους τομείς, άρα σημαίνει ότι εργάζονται όλοι από κοινού για να παράσχουν ολοκληρωμένη φροντίδα σε έναν ασθενή, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις διάφορες πτυχές της υγείας του.

Ενώ αυτό που ζούμε καθημερινά είναι η πολυεπιστημονικότητα, κατά την οποία επισημαίνεται η ύπαρξη ειδικοτήτων ή επιστημόνων που ασχολούνται με την υγεία, αλλά συνήθως δεν επικοινωνούν ή συνεργάζονται στενά.

Στο πλαίσιο της MDC (πολυεπιστημονική φροντίδα), διάφοροι επαγγελματίες υγείας μπορεί να προσφέρουν φροντίδα ανεξάρτητα, ο καθένας από τη δική του επιστημονική οπτική γωνία. Για παράδειγμα, ακούγεται πως άλλα λέει ο γυναικολόγος που έκανε το χειρουργείο, άλλα προτείνει ο ογκολόγος και εντέλει ο ασθενής αναρωτιέται τι να κάνει. Αυτό παρατηρείται καθημερινά, διότι δεν υπάρχει ομάδα αλλά άτομα με τη δική τους προσέγγιση με πολυεπιστημονική φροντίδα. Όμως, ο ασθενής είναι στη μέση. Αυτό είναι ένα θέμα που σίγουρα αφορά το Υπουργείο Υγείας αλλά και εμάς καθημερινά στη δουλειά μας.

Επομένως, μπορούμε να πούμε ότι η διεπιστημονική φροντίδα υγείας έχει πολλαπλά οφέλη:

- Ολιστική φροντίδα ασθενών
- Αυξημένη ασφάλεια ασθενών
- Μείωση ανεπιθύμητων επιπλοκών από τις θεραπείες
- Χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας και μικρότερες περιόδους νοσηλείας
- Μειωμένα ποσοστά επιπλοκών και ιατρικών λαθών
- Μείωση λοιμώξεων
- Μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας
- Βελτίωση της πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες

Αντίστοιχα, έχει οφέλη και για εμάς το να μπορούμε να δουλεύουμε ως ομάδα και όχι ως άτομα μεμονωμένα. Έχει πιο μεγάλη ικανοποίηση από την εργασία, πάντα το «εμείς» είναι καλύτερο από το «εγώ», αν το σκεφτούμε αντικειμενικά.

Συν τοις άλλοις, υπάρχει μείωση του κινδύνου συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, γίνεται καλύτερη χρήση των δεξιοτήτων των μελών της ομάδας, υπάρχει μεγαλύτερο αίσθημα ατομικής ευθύνης για την επίτευξη του στόχου και, βεβαίως, υπάρχουν λιγότερες επικοινωνιακές παρεξηγήσεις ανάμεσα στα μέλη της ομάδας.

Επιπλέον, υπάρχουν οφέλη για το σύστημα υγείας: αύξηση της παραγωγικότητας, εξοικονόμηση οικονομικών πόρων, ενίσχυση του συντονισμού της περίθαλψης, βελτίωση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού υγείας.

Σύμφωνα με μια βιβλιογραφία του 2022 για τον καρκίνο του πνεύμονα, η διεπιστημονική προσέγγιση βοήθησε σε θετικά εκβάματα στην επιβίωση των ασθενών, σε χρήση όλων των πιθανών τρόπων θεραπείας, στην ορθή τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών και των πρωτοκόλλων, στην αύξηση ικανοποίησης των ασθενών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Συνοψίζοντας, τα βήματα αναφορικά με τη διεπιστημονική λειτουργία στην ομάδα ογκολογίας είναι τα ακόλουθα:

1. Διεπιστημονική αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς
2. Αναγνώριση συγκεκριμένων προβλημάτων και εξατομίκευση
3. Δημιουργία διεπιστημονικού σχεδίου παρέμβασης
4. Υλοποίηση παρεμβάσεων
5. Αξιολόγηση της παρέμβασης, τακτικός επανασχεδιασμός πλάνου φροντίδας. ●



Παρασκευή Μιχαλοπούλου

Πρόεδρος ΔΣ, Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής»

Αντιπρόεδρος, Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ)

Οι ασθενείς από την ώρα που διαγιγνώσκονται με καρκίνο υφίστανται ένα απίστευτο σοκ, ενώ έχει ήδη ξεκινήσει ένα ταξίδι που θα το παρομοιάζαμε την Οδύσσεια, δηλαδή ένα ταξίδι επιβίωσης απέναντι σε μια ασθένεια απειλητική για τη ζωή, γεμάτο αγωνία και άγχος, με κυρίαρχα το άγνωστο και τον φόβο του θανάτου.

Το σύστημα είναι δαιδαλώδες για κάποιον που δεν γνωρίζει πώς να κινηθεί και δεν έχει κάποιον να τον καθοδηγήσει, ξεκινώντας από το πλέον απλό αλλά καθοριστικό ερώτημα «σε ποιον γιατρό θα πάω και πού θα τον βρω». Χάνεται πολύτιμος χρόνος, γεμάτος στρες και θυμό, ανάμεσα σε συνεχή ραντεβού, οδηγίες, αποτελέσματα εξετάσεων και κατασπατάληση πόρων σε μια περίοδο που για τους ασθενείς με καρκίνο κάθε μέρα που περνάει μετράει πολλαπλάσια, διογκώνοντας την ευαλωτότητα και μειώνοντας την ψυχική και συναισθηματική τους ανθεκτικότητα. Αυτά ακριβώς έρχονται να καλύψουν τα Ολοκληρωμένα Κέντρα Καρκίνου. Να κάνουν λιγότερο περίπλοκο όλο αυτό το ταξίδι.

Η πολυπλοκότητα της διάγνωσης, της θεραπείας και της παρακολούθησης της ασθένειας απαιτεί φροντίδα από πολλούς και διαφορετικούς κλάδους. Η ακριβής διάγνωση και πρόγνωση, η χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας και η παρακολούθηση της ανταπόκρισης, η αναγκαιότητα διαφόρων ειδικοτήτων για τη βέλτιστη διαχείριση των παρενεργειών είναι δυσεπίλυτα προβλήματα που μόνον οι Ολοκληρωμένες Μονάδες μπορούν να λύσουν, εμποδίζοντας τον κατακερματισμό της ογκολογικής φροντίδας και διευκολύνοντας κάπως αυτό το ταξίδι.

Με την κατάλληλη οργάνωσή τους έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν ασφάλεια στους ασθενείς κάτω από τις πλέον αβέβαιες συνθήκες για αυτούς, με τις διεπιστημονικές εξειδικευμένες ομάδες των επαγγελματιών υγείας να προσφέρουν τα βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα, με τα διασυνδεδεμένα τμήματα να παρέχουν την κατάλληλη επιστημονική γνώση και να κερδίζεται πολύτιμος χρόνος. Κάνουν πιο βατό το ταξίδι για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ενώ μπορούν να παρέχουν και την αναγκαία εξατομικευμένη φροντίδα στο ακόμα δυσκολότερο ταξίδι των ασθενών με μεταστατική νόσο. Ταυτόχρονα όμως παρέχουν κι ένα ασφαλές πλαίσιο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μέσω τυποποιημένων διαδικασιών και εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών για την παροχή φροντίδας και της λειτουργίας των ογκολογικών συμβουλίων, δημιουργώντας συνθήκες ώστε και κίνητρα να έχουν, αλλά και να μη φθάνουν στα όρια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπρόσθε-

τα, ένα πλαίσιο στο οποίο θα περιλαμβάνονται συστήματα αξιολόγησης με ενεργό και τον ρόλο των ασθενών περιγράφοντας κάθε πτυχή της εμπειρίας τους. Τέλος, θα μπορούν να καλύψουν το τεράστιο κενό στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη όλων αυτών των ανθρώπων γιατί είναι πολύ σημαντικό κεφάλαιο η ομαλή κοινωνική και επαγγελματική επανένταξή τους.

Επομένως, η δημιουργία Ολοκληρωμένων Κέντρων Καρκίνου μπορεί να αποτελέσει τον πυρήνα γύρω από τον οποίο μπορούν να εκπληρωθούν οι βασικοί στόχοι του ελέγχου του καρκίνου, δηλαδή η μείωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, η αύξηση των ποσοστών επιβίωσης παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες αλλά και η επαναφορά στην κανονικότητα ασθενών και οικογενειών με όσο το δυνατόν λιγότερο κραδασμούς. Ταυτόχρονα, επιτελούν έμμεσα και έναν τεράστιο κοινωνικό ρόλο αμβλύνοντας τις κοινωνικές ανισότητες με θετικό αντίκτυπο και στην κοινωνική συνοχή. ●



Θανάσης Λοπατατζίδης

Commercial executive director
Affidea

Παρατηρούμε πόσο πολύ έχει αυξηθεί η συχνότητα, ο επιπολασμός και η επίπτωση του καρκίνου στις σύγχρονες κοινωνίες –κυρίως στη βόρεια Αμερική και την Ευρώπη– και βλέπουμε ότι ο ρυθμός είναι εξαιρετικά μεγάλος. Με αυτήν την έννοια, η προσοχή που χρειάζεται να δείξουν τα συστήματα υγείας στην πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου έχει ιδιαίτερα μεγάλη αξία.

Θα σταθώ στη μεγάλη σημασία της ποσοτικοποίησης του αποτελέσματος, τόσο σε ό,τι αφορά τα άτομα και τις κοινωνίες, όσο και σε ό,τι αφορά την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Έχουμε στη διάθεσή μας δεδομένα που έχουν αντληθεί από την ασφαλιστική αγορά (και δεν αφορούν την Ελλάδα), άρα έχουν μια μεροληψία στο γεγονός ότι αφορούν πληθυσμούς με καλύτερη οικονομική κατάσταση.

Όμως, δείχνουν με τον πιο εύγλωπτο τρόπο ότι ένα καλά οργανωμένο σύστημα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης μπορεί και να βελτιώσει το προσδόκιμο επιβίωσης σε σημαντικό βαθμό, αλλά μπορεί επίσης και να προστατεύσει τα οικονομικά του συστήματος, ούτως ώστε να δώσει δυνατότητες για καλύτερη κατανάλωση των πόρων.

Γνωρίζουμε ότι ίσως οι δυο σημαντικότεροι τομείς του καρκίνου είναι αυτοί που αφορούν τον προστάτη και τον μαστό. Θεωρώ ότι εκεί έχει πολύ μεγάλη σημασία να εστιάσουμε στη δημιουργία ολοκληρωμένων λύσεων φροντίδας και θεραπειών, γνωρίζοντας επίσης ότι το μεγάλο κόστος βρίσκεται στη θεραπεία. Οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα κοιτάζουν να επενδύσουν κυρίως εκεί που θα έχουν το πιο εύκολο κέρδος και για αυτό φαίνεται ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες η δημιουργία τέτοιου είδους κέντρων και στον ιδιωτικό τομέα αποτελεί μια κερδοφόρο δραστηριότητα.

Στην Ελλάδα θεωρώ ότι το προηγούμενο χρονικό διάστημα έχουν γίνει αρκετά βήματα σε αυτόν τον τομέα και θέλω να απομονώσω την εξαιρετικά σημαντική πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και του νοσοκομείου «Αγιος Σάββας» για τη δημιουργία της νοσηλείας στο σπίτι.

Πρόκειται για μια εξαιρετικά σημαντική πρωτοβουλία προς τη σωστή κατεύθυνση και νομίζω ότι όλοι μας –δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς– πρέπει να την αγκαλιάσουμε και να βοηθήσουμε περισσότερο

την αποτελεσματικότητά της. Παρόλα αυτά, δίνονται ευκαιρίες και υπάρχουν καλά παραδείγματα από το εξωτερικό όπου δεικνύεται ότι μπορεί η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα να δημιουργήσει Κέντρα Ολοκληρωμένης Φροντίδας Καρκίνου, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν την κορωνίδα της προσοχής των πολιτών παρέχοντας σημαντικά οικονομικά και κοινωνικά οφέλη στο σύστημα.

Υπάρχουν κέντρα της Affidea όπου βλέπουμε ολιστικά τη φροντίδα και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, ακόμα ξεκινώντας από το *wellness*, την αγωγή υγείας, την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ψυχολογική υποστήριξη. Θα σκεφτεί κάποιος ότι αυτό είναι κέντρο με ιδιωτικούς πόρους, αλλά το ελβετικό σύστημα δημιούργησε τις προϋποθέσεις, γιατί ένα μέρος των πόρων αυτού του κέντρου προέρχεται από το κρατικό ασφαλιστικό σύστημα της Ελβετίας.

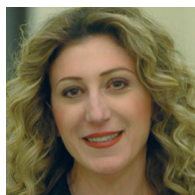
Επίσης, υπάρχει ένα αντίστοιχο κέντρο για τον καρκίνο του προστάτη στην Ουγγαρία, που πάλι με ολιστικό τρόπο αντιμετωπίζει την πρόληψη και τη θεραπεία. Πολλά συστήματα υγείας, κυρίως αγγλοσαξονικά, έχουν δημιουργήσει πολιτικές ούτως ώστε από το πρώτο σύμπτωμα η διάγνωση να μπαίνει σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Στη Μ. Βρετανία εντός 15 ημερών πρέπει να έχει γίνει η διάγνωση και από τη στιγμή της διάγνωσης σε 15 μέρες θα πρέπει να έχει ξεκινήσει η θεραπεία.

Είναι ύψιστης σημασίας να έχει κανείς οργανωμένες υποδομές και δεδομένα για να μπορέσει να εφαρμόσει τέτοιας μορφής πολιτικές. Θεωρώ ότι εκείνο που έχουν πετύχει οι Αγγλοσάξονες –και το κάνουν και οι Γερμανοί και οι Γάλλοι εν μέρει– είναι ότι συνδέουν το κοινωνικό αποτέλεσμα με το οικονομικό αποτέλεσμα, το οποίο θα έχει αποτύπωμα είτε στο δημόσιο νοσοκομείο είτε στον ιδιωτικό τομέα.

Καθώς η παγκόσμια τάση είναι να βγάλουμε τους ασθενείς από τα νοσοκομεία για να λειτουργήσουν πιο γρήγορα και πιο αποτελεσματικά, θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό και για την Ελλάδα να δημιουργήσει τα κέντρα φροντίδας καρκίνου – ίσως έχουμε ένα μόνο, το Iatropolis. Κατά την άποψή μου, το σύστημα χρειάζεται περισσότερο από δέκα τέτοιου είδους κέντρα, δημόσια ή ιδιωτικά. Η σημασία τους είναι ζωτική και καθώς θα λειτουργούν και

ως δορυφόροι μεγάλων νοσοκομείων, θα μπορούμε να επιτύχουμε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία του πληθυσμού.

Εν κατακλείδι, αξίζει να αναφερθεί ότι η τεχνητή νοημοσύνη που εισάγεται και στην Ελλάδα σιγά σιγά, μπορεί να προσφέρει πολύτιμη αρωγή σε αυτόν τον τομέα. Για παράδειγμα, στην κολποσκόπηση, που αποτελεί μέρος της διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αν διενεργείται με τη βοήθεια AI, ένας γιατρός με ενός έτους εμπειρία μπορεί να είναι ισοδύναμος σε ό,τι αφορά την ικανότητα διάγνωσης με έναν γιατρό εμπειρίας 20 ετών. Η τεχνητή νοημοσύνη είναι εδώ και μπορεί κάτω από προϋποθέσεις να συμβάλει σε μεγάλο βαθμό σε αυτόν τον τομέα. ●



Ελένη Γαλάνη

Διευθύντρια Β' Ογκολογικής Κλινικής
Metropolitan Hospital

Αυτό που διαφοροποιεί τον άνθρωπο από τα άλλα έμβια όντα είναι ότι περάσαμε από το ζην στο ευ ζην, από την επιβίωση στην ποιοτική επιβίωση. Ο πρώτος που έθεσε την έννοια της ποιότητας ζωής είναι ο Αριστοτέλης, εισάγοντας τον όρο «ευδαιμονία», την ισορροπία μεταξύ ψυχής, σώματος και πνεύματος.

Τόσο ο καρκίνος, όσο και οι αντικαρκινικές θεραπείες που έχουμε σήμερα δυστυχώς επηρεάζουν πάρα πολύ την ποιότητα ζωής του ασθενούς μας. Ως ένας ογκολόγος πρώτης γραμμής τα τελευταία είκοσι χρόνια στη χώρα μου, αισθάνομαι μεγάλη ικανοποίηση για τη δυνατότητα και την ικανότητα που έχουν οι ασθενείς μας να έχουν πρόσβαση σε όλα τα καινοτόμα φάρμακα και στις κλινικές δοκιμές.

Από την άλλη όμως, δεν μοιράζομαι την ίδια ικανοποίηση, γιατί οι ασθενείς μας δεν έχουν τη δυνατότητα να υποστηριχθούν ολιστικά. Νομίζω ότι πρέπει να περάσουμε και στη χώρα μας ένα άλλο μοντέλο ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών μας (*integrative medicine*), όπου οι καθιερωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις θα πλαισιωθούν και από συμπληρωματικές θεραπείες, όπως -ενδεικτικά αναφέρονται- ο βελονισμός, η γιόγκα, η άσκηση, η προσευχή, ο διαλογισμός, κάποιες μορφές τέχνης. Για παράδειγμα, υπάρχουν χώρες στις οποίες συνταγογραφούνται οι επισκέψεις στα μουσεία.

Αν ρωτήσετε έναν ασθενή, θα πει ότι θέλει να ζήσει καλά. «Δεν με νοιάζει τόσο το πολύ, με νοιάζει το καλά». Πρέπει επομένως να αφουγκραστούμε τους ασθενείς μας και να οικοδομήσουμε τις δομές υγείας βάσει των επιθυμιών τους.

Τέλος, αυτό που με λυπεί ιδιαίτερα στη χώρα μου είναι η υποστήριξη ασθενών τελικού σταδίου. Απουσιάζει εντελώς η δομή που πριν από 20 χρόνια γνώρισα στο Λονδίνο. Υπήρχε υποστήριξη κυρίως κατ' οίκον και λιγότερο σε ξενώνες φιλοξενίας.

ΑΣ ευχηθούμε λοιπόν ότι θα μπορέσουμε να αναπτύξουμε και την ανακουφιστική φροντίδα στη χώρα μας, γιατί πραγματικά αυτό είναι δείγμα πολιτισμού. Το πώς αντιμετωπίζεις έναν άνθρωπο στα τελευταία στάδια της ζωής του δεν μπορεί παρά να δείχνει ότι είμαστε άνθρωποι που αφουγκραζόμαστε τις ανάγκες των αδύναμων ανθρώπων. ●



Βασίλης Μπαλάνης

Διευθύνων σύμβουλος

Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ)

Το σημαντικότερο που αναδεικνύεται είναι ότι η δημόσια συζήτηση γύρω από τη διαχείριση καρκίνου αλλά και γενικότερα γύρω από τη διαχείριση της φροντίδας των ασθενών στη χώρα μας περιστρέφεται περισσότερο πλέον γύρω από την έννοια της βελτίωσης της ποιότητας. Αυτό σημαίνει αποδοτικότερες, ασφαλέστερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες.

Στο πλαίσιο αυτό, η συζήτηση γύρω από την προτυποποίηση της φροντίδας κατέχει κομβικό ρόλο. Οπότε, η δημιουργία μονοπατιών φροντίδας με βάση την προτυποποίηση της φροντίδας των ασθενών πρέπει να βρίσκεται στο επίκεντρο.

Ακούσαμε σήμερα το παράδειγμα του ΝΟΣΠΙ, που αποτελεί μια πρώτη εθνική προσπάθεια βελτιστοποίησης και προτυποποίησης της φροντίδας ογκολογικών ασθενών. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι για πρώτη φορά μπορούν χρόνια πάσχοντες νοσηλευόμενοι στα νοσοκομεία να δέχονται υπηρεσίες στο σπίτι τους με ασφαλή τρόπο. Αυτό είναι μια αρχή για τη χώρα και θα πρέπει να υπάρξει συνέχεια.

Η προτυποποίηση της φροντίδας έχει πολύ σημαντικά οφέλη όπως έχουμε διαπιστώσει. Για παράδειγμα, αναφέρθηκε η δημιουργία μιας επιστημονικής επιτροπής. Αυτό έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να μειώσει τον χρόνο που απαιτεί η διάγνωση για μία νοσηλεία κατά τουλάχιστον πέντε χρόνια. Αυτό είναι σημαντικό να το μεταφέρουμε και σε ό,τι σχετίζεται με τη διαχείριση των ασθενών στη χώρα μας.

Τα ογκολογικά συμβούλια έχουν να κάνουν με τη διαχείριση ασθενών εντός του νοσοκομείου. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να αλλάξουν τις διαδικασίες εσωτερικά. Τα οφέλη από την προτυποποίηση της φροντίδας σχετίζονται με τους ασθενείς και ως αποτέλεσμα θα έχουμε πολύ καλύτερες υπηρεσίες, ασφαλέστερες, καλύτερους δείκτες από την πλευρά των ασθενών, μετρήσιμη εμπειρία από την πλευρά των ασθενών.

Νωρίτερα αναφέρθηκε η μέτρηση των PREMs και PROMs, η μέτρηση δηλαδή της εμπειρίας των ασθενών, της ικανοποίησής τους από την υπηρεσία που έλαβαν. Είναι εξέχουσας σημασίας να δουν όλοι –επαγγελματίες υγείας και ασθενείς– πώς βλέπουν οι ασθενείς αυτήν τη νέα υπηρεσία από το σπίτι σε σχέση με την παρεχόμενη υπηρεσία στο νοσοκομείο. Το έχω δει κι εγώ από την πλευρά μου στο Λονδίνο πολλά χρόνια αντίστοιχα, αποδεικνύεται το σημαντικό όφελος, όπως το δηλώνουν και οι ίδιοι οι ασθενείς.

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, το όφελος είναι ότι θα σταματήσουν να ασχολούνται με αλλότρια καθήκοντα και ως εκ τούτου δεν θα χάνονται πολύτιμες ώρες από την κύρια αξία της φροντίδας υγείας. Ο δικός τους χρόνος θα πρέπει να αξιοποιηθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Και, κυρίως, καθώς ερχόμαστε σε μια εποχή μετά από μια πολύ μεγάλη κρίση όπου έχουμε επιβαρυνθεί πάρα πολύ και αυτό θα πρέπει να το συνεκτιμήσουμε σε κάθε σχεδιασμό που θα κάνουμε.

Τέλος, θα ήθελα να πω ότι πέρα από το πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ, έχουμε ήδη δει κι άλλες πρωτοβουλίες για ογκολογικούς ασθενείς. Πρόκειται για ένα νέο διαφορετικό μονοπάτι φροντίδας. Συνολικά, δηλώνω πολύ ικανοποιημένος βλέποντας ότι λαμβάνονται όλο και περισσότερες πρωτοβουλίες. Θεωρώ ότι πέραν του εθνικού σχεδίου για τον καρκίνο πρέπει να βάλουμε και ένα εθνικό σχέδιο για την προτυποποίηση της φροντίδας. Είναι πολύ σημαντικό να μπουν αυτά σε ένα πλαίσιο για να μπορούμε να τα διαχειριστούμε συνολικά και αυτό θα έχει το μεγαλύτερο όφελος για τον σχεδιασμό του νέου ΕΣΥ. ●



Λίλιαν-Βενετία Βιλδιρίδη

Γενική γραμματέας Υπηρεσιών Υγείας
Υπουργείο Υγείας

Ο καρκίνος συνιστά τη σημαντικότερη ίσως πρόκληση την οποία έχει να αντιμετωπίσει το ΕΣΥ, όπως και η πλειοψηφία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, καθώς πρόκειται για μια νόσο πολυπαραγοντική, που απαιτεί την επένδυση σε σύγχρονες και καινοτόμους λύσεις και πρακτικές για την παροχή ολοκληρωμένης, καθολικής πρόσβασης σε επαρκείς και ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας για κάθε ογκολογικό ασθενή.

Προς την κατεύθυνση αυτήν, το Υπουργείο Υγείας έχει αναλάβει σημαντικές πρωτοβουλίες μέσω της επένδυσης και της σταθερής στόχευσης σε συστήματα, δομές και πρωτοβουλίες που βασίζονται στην τεκμηρίωση και εστιάζουν στην υιοθέτηση τεχνολογιών αιχμής με στόχο την παροχή αναβαθμισμένων και εξατομικευμένων υπηρεσιών, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ογκολογικών ασθενών στη χώρα μας.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- Αρχικά, με στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών και την ενίσχυση της βιωσιμότητας του ΕΣΥ, σχεδιάσαμε το πρόγραμμα Νοσηλείας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), μέσω του οποίου πραγματοποιείται για πρώτη φορά στη χώρα μας η κατ' οίκον φροντίδα.
- Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται έως το 2025 με 14,7 εκατ. ευρώ από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας και βρίσκεται υπό τον έλεγχο και την καθοδήγηση του Οργανισμού Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ Α.Ε.).
- Οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν με ασφάλεια την απαιτούμενη φροντίδα στο σπίτι τους υπό τη συνεχή παρακολούθηση εξειδικευμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας του ΕΣΥ, αξιοποιώντας τις δυνατότητες της ψηφιακής τεχνολογίας. Συγκεκριμένα, το σύστημα στηρίζεται σε ένα οργανωμένο δίκτυο Κέντρων Αναφοράς (Τμήματα Νοσοκομείων), κατάλληλα εξοπλισμένων και στελεχωμένων ώστε να διασφαλίζεται η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών από τους θεράποντες ιατρούς, ενώ σε περίπτωση ανάγκης οι ασθενείς θα μπορούν να μεταφερθούν άμεσα στο Κέντρο Αναφοράς για νοσηλεία.
- Οι υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ασθενείς του προγράμματος ΝΟΣΠΙ θα αξιολογούνται από δείκτες ποιότητας που θα εισάγει ο ΟΔΙΠΥ. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται δείκτες από την πλευρά

των ασθενών, οι οποίοι θα αξιολογούν την εμπειρία τους (δείκτες PREMS), και δείκτες για τη βελτίωση των κλινικών τους αποτελεσμάτων (δείκτες PROMS).

- Το Υπουργείο Υγείας σχεδιάζει την επέκταση της εφαρμογής του προγράμματος ΝΟΣΠΙ από τα τρία νοσοκομεία που εφαρμόζεται τώρα (Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης για παιδιατρικά περιστατικά, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου για περιστατικά ενήλικων και Άγιος Σάββας για κατ' οίκον χορήγηση αντινεοπλασματικών θεραπειών – υλοποίηση του προγράμματος ΟΙΚΟΘΕΝ) σε 10 ακόμη νοσοκομεία.
- Επίσης, σχεδιάζεται η συνέχισή του και μετά το πέρας της λήξης του έργου, με τη μορφή ενός Εθνικού Σχεδίου για την Κατ' Οίκον Νοσηλεία. Στη διαδικασία αυτή θα εμπλέκονται οι Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), οι οποίες θα είναι επιφορτισμένες με την παρακολούθηση της υπηρεσίας αυτής, αλλά και ο ΟΔΙΠΥ με τον έλεγχο της παρεχόμενης ποιότητας και των δεικτών που θα εφαρμόζονται.

ΕΡΓΑ ΨΗΦΙΑΚΟΥ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΥ

- Συγχρόνως, το Υπουργείο Υγείας, αναγνωρίζοντας τις μεγάλες δυνατότητες που δύνανται να προσφέρει η αξιοποίηση των εφαρμογών της ψηφιακής υγείας για τη βελτίωση της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας των ογκολογικών ασθενών, έχει εισέλθει σε τροχιά μεταρρυθμίσεων για να ενισχύσει τον βαθμό της ψηφιακής ωριμότητας της χώρας μας στον τομέα της υγείας, με έμφαση σε έναν από τους κρίσιμότερους τομείς, τον καρκίνο.
- Ιδιαίτερα emblematicή πρωτοβουλία αναμένεται να αποτελέσει το Ψηφιακό Πρόγραμμα Φροντίδας Ογκολογικών Ασθενών. Το εν λόγω πρόγραμμα θα χρηματοδοτείται από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας και θα περιλαμβάνει τη σύσταση του Εθνικού Μητρώου Νεοπλασματικών Νοσημάτων, μέσω του οποίου θα συλλέγονται επικαιροποιημένες πληροφορίες για την παρακολούθηση των βασικών επιδημιολογικών δεικτών της νόσου. Επίσης, θα περιλαμβάνονται πληροφοριακό σύστημα για τη διαχείριση των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων, εφαρμογές για την υποστήριξη ασθενών και υποσυστήματα για την έγκαιρη διάγνωση και τη στοχευμένη θεραπεία.
 - Βασική προτεραιότητα για την ομαλή εφαρμογή κάθε πρωτοβουλίας προς τον ψηφιακό μετασχηματισμό του τομέα της υγείας συνιστά σαφώς η υλοποίηση του Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου

Υγείας, που βρίσκεται ήδη στο στάδιο υπογραφής της σύμβασης και θα δίνει τη δυνατότητα στους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας να έχουν πρόσβαση στο πλήρες ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Η υλοποίηση του έργου αυτού θα συμβάλει καθοριστικά στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και παρακολούθησης των ογκολογικών ασθενών, στην αποφυγή ιατρικών λαθών κατά τη διάγνωση και τη θεραπεία καθώς και στη συνέχεια της φροντίδας και τη χαρτογράφηση της διαδρομής των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας, με σκοπό την άμεση παραπομπή τους μέσα από ένα οργανωμένο σύστημα.

- Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και η εγκατάσταση συστημάτων RIS/PACS και απομαγνητοφώνησης ιατρικών πράξεων και γνωματεύσεων στα δημόσια νοσοκομεία και τις δομές ΠΦΥ της χώρας, η οποία προχωράει με ταχύτατο ρυθμό. Το εν λόγω έργο υλοποιείται στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταρρύθμισης Δημοσίου Τομέα του ΕΣΠΑ 2014-2020 και περιλαμβάνει την ενσωμάτωση των απεικονιστικών εξετάσεων στον φάκελο υγείας του ασθενούς και την αποθήκευσή τους σε κεντρικό αποθετήριο.
- Τέλος, από ένα τέτοιο πλαίσιο δεν μπορεί να παραλειφθεί η αναφορά στο δίκτυο της τηλεϊατρικής, το οποίο αναπτύσσεται ολοένα και πιο δυναμικά στη χώρα μας, με σκοπό την άμβλυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των ογκολογικών ασθενών σε ποιοτικές και επαρκείς υπηρεσίες υγείας.

Η 2η ΥΠΕ αποτέλεσε την πρώτη υγειονομική περιφέρεια όπου αναπτύχθηκαν σταθμοί τηλεϊατρικής και ήδη στο δίκτυό της συμμετέχουν 57 νοσιά, με 66 Σταθμούς Ιατρού-Ασθενούς (ΣΤΙΑ) και 19 Σταθμούς Ιατρού-Συμβούλου (ΣΤΙΣ). Οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής αναμένεται να επεκταθούν στο σύνολο της επικράτειας, με τη δημιουργία πολλών νέων σταθμών. Η υλοποίηση του πανελλαδικού ΕΔΙΤ αναμένεται να ολοκληρωθεί σε δύο χρόνια περίπου. Πρόκειται για ένα έργο που χρηματοδοτείται από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας με συνολικό προϋπολογισμό περίπου 30 εκατ. ευρώ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΜΟΝΩΝ

- Η αποτελεσματική διαχείριση της νόσου και η βελτίωση της καθημερινότητας και της εξυπηρέτησης των ογκολογικών ασθενών προϋποθέτει τη συλλογή αξιόπιστων και επικαιροποιημένων δεδομένων αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Στο πλαίσιο αυτό εργαζόμαστε για τη συστηματική συλλογή και καταγραφή στοιχείων αναφορικά με τους χρόνους αναμονής σε μηνιαία βάση. Τα στοιχεία αφορούν τους χρόνους αναμονής των ογκολογικών ασθενών από τη στιγμή της διάγνωσης έως την εφαρμογή της πρώτης θεραπείας, ανεξαρτήτως μορφής καρκίνου, όπως ενδεικτικά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας ή τη λήψη φαρμα-

κευτικής θεραπευτικής αγωγής.

- Αποτιμώντας τα πρώτα στοιχεία που είναι ήδη στη διάθεσή μας, φαίνεται πως είναι ενθαρρυντικά, καθώς συμβαδίζουν με το πλαίσιο των στόχων και των προτύπων που έχουν τεθεί και σε άλλα κράτη μέλη του ΟΟΣΑ, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο.

ΠΡΟΤΥΠΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΖΩΝΤΩΝ ΣΤΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

- Επίσης, το Υπουργείο Υγείας αναγνωρίζει πως μέρος της μάχης για την ολιστική και αποτελεσματική διαχείριση του καρκίνου συνιστά η βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών επιζώντων και των φροντιστών τους. Οι επιζώντες από τον καρκίνο που ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους έρχονται να αντιμετωπίσουν συναισθηματικές και κοινωνικές προκλήσεις και μεταγενέστερες, μακροχρόνιες συνέπειες που σχετίζονται με τη σωματική και την ψυχική τους υγεία.
- Στο πλαίσιο αυτό, το νοσοκομείο «Αττικόν» προχώρησε σε μια σημαντικότητα πρωτοβουλία, ιδρύοντας την πρώτη κλινική για επιζώντες από καρκίνο στη χώρα μας, με εστίαση σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η κλινική επικεντρώνει τις προσπάθειές της στη δευτερογενή πρόληψη, παρέχοντας συμβουλευτική καθοδήγηση για τον τρόπο ζωής μέσω διεπιστημονικών ομάδων επαγγελματιών υγείας, και στην ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου πλάνου διαρκούς παρακολούθησης για την πρώιμη ανίχνευση ψυχοκοινωνικών επιπλοκών της νόσου και της θεραπείας.
- Δείχνοντας σεβασμό και θέτοντας ως προτεραιότητα τις μοναδικές ανάγκες των ογκολογικών ασθενών, στόχος μας είναι, με σημείο αναφοράς το «Αττικόν», η παραπάνω πρωτοβουλία να προτυποποιηθεί και να επεκταθεί σε περισσότερα νοσοκομεία της χώρας και μάλιστα να αφορά περισσότερες μορφές καρκίνου.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- Όλα τα παραπάνω μαρτυρούν τα σημαντικότερα βήματα που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί ή αναμένεται να υλοποιηθούν στο άμεσο μέλλον για τη διαχείριση του καρκίνου στη χώρα μας. Τα έργα αυτά ευθυγραμμίζονται πλήρως με το εν εξελίξει θεματικό σχέδιο δράσης πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και ανακουφιστικής φροντίδας του καρκίνου του Υπουργείου Υγείας, με χρονικό ορίζοντα εφαρμογής το 2025. Ωστόσο, ακάλυπτες ανάγκες για τους ογκολογικούς ασθενείς συνεχίζουν να υπάρχουν και συνεπώς απαιτούνται συστηματικότερες και πιο συντονισμένες ενέργειες.
- Προς αυτήν την κατεύθυνση, βασική προτεραιότητά μας αποτελεί η κατάρτιση και εφαρμογή ενός Εθνικού Σχεδίου Πρόληψης και Διαχείρισης του Καρκίνου, με ορίζοντα τετραετίας (2025-2029). Στο Εθνικό Σχέδιο θα ενσωματωθούν τα αποτελέσματα των εν εξελίξει δράσεων και συγχρόνως



θα δοθεί έμφαση στη δημιουργία ενός ανθεκτικού, βιώσιμου πλαισίου για την ανθρωποκεντρική και ολιστική διαχείριση του καρκίνου, που θα εστιάζει στην πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση, τη διάγνωση, τη στοχευμένη και εξατομικευμένη θεραπεία και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών, των επιζώντων, των φροντιστών και των οικογενειών ασθενών με καρκίνο στη χώρα μας.

Καταλήγοντας, το Υπουργείο Υγείας έχει εισέλθει δυναμικά στον αγώνα για την καταπολέμηση του καρκίνου, υιοθετώντας μια σύγχρονη προσέγγιση, που περιλαμβάνει καλά σχεδιασμένες δράσεις και emblematicές πρωτοβουλίες που έχουν λάβει ήδη θετικό πρόσημο. Ωστόσο, η φροντίδα ασθενών με καρκίνο, όντας πολύπλευρη, προϋποθέτει την ύπαρξη γόνιμων συνεργειών και μακρόπνοο σχεδιασμό. ●



Αναστασία Κριθαρά

Μεταδιδακτορική ερευνήτρια

Ινστιτούτο Πληροφορικής & Τηλεπικοινωνιών ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος»

Γενική γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Τεχνητής Νοημοσύνης (ΕΕΤΝ)

Στον χώρο της υγείας ο αντίκτυπος της χρήσης συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης (TN) αναμένεται να είναι θετικός σε διάφορα επίπεδα, όπως για παράδειγμα στην πρόγνωση και διάγνωση ασθενειών, στη βελτίωση της παρακολούθησης ασθενών, στην ανάπτυξη νέων θεραπειών και φαρμάκων κ.ά. Στόχος είναι η εξασφάλιση ταχύτερων και καλύτερα τεκμηριωμένων αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα, χάρη στις δυνατότητες σύνθεσης και ολοκληρωμένης επεξεργασίας δεδομένων μεγάλου όγκου και ποικιλοτρόπιας, με τη βοήθεια κατάλληλα σχεδιασμένων αλγορίθμων.

Οι τομείς στους οποίους η τεχνητή νοημοσύνη αναμένεται να παίξει καθοριστικό ρόλο είναι η κλινική πρακτική, η βιοϊατρική έρευνα, η δημόσια υγεία και η διαχείριση της υγείας.

Στην πραγματικότητα, η τεχνητή νοημοσύνη έχει ήδη εφαρμοστεί με επιτυχία σε πολλούς τομείς της υγείας. Έχουν εγκριθεί συστήματα TN από την αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) στους τομείς της ακτινοδιαγνωστικής, της ογκολογίας, της αιματολογίας, της καρδιολογίας, της νευρολογίας κ.ά. Παράλληλα, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA) έχει γνωμοδοτήσει θετικά για τη χρήση τεχνικής βασισμένης σε TN για τη διεξαγωγή μικρότερων και συντομότερων κλινικών δοκιμών.

Προς αυτήν την κατεύθυνση πολλά ερευνητικά κέντρα, πανεπιστήμια και νοσοκομεία της χώρας μας συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές μελέτες που αφορούν ή περιλαμβάνουν τη χρήση TN στην υγεία. Από την άλλη, η χρήση τέτοιων συστημάτων από ορισμένα ιδιωτικά ή δημόσια νοσοκομεία είναι ακόμα περιορισμένη και υπάρχουν δυσκολίες που πρέπει να προσπεραστούν.

Η ανάπτυξη εφαρμογών TN στις υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζει ζητήματα τόσο στο επίπεδο της διαχείρισης ενός κρίσιμου όγκου δεδομένων που επιτρέπει την ανάπτυξη κατάλληλων αλγορίθμων όσο και στο επίπεδο της ασφάλειας των εφαρμογών, ώστε να τις εμπιστευθούν οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι ασθενείς.

Πρόσφατα δημοσιεύθηκε η νέα Γνώμη της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής και Τεχνοηθικής για τις εφαρμογές τεχνητής νοημοσύνης στην υγεία στην Ελλάδα, στην οποία έχω την τιμή να είμαι μέλος της ομάδας εμπειρογνομόνων για την TN. Κατά την επιτροπή, «απώτερος στόχος πρέπει να είναι η ενσωμάτωση

ψηφιακών και άλλων καινοτόμων λύσεων στο σύστημα υγείας, με βάση μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση, μόνον αν αναμένονται απτά αποτελέσματα προς όφελος των ασθενών/ληπτών υπηρεσιών υγείας». Επισημαίνεται η ανάγκη για την ολοκλήρωση της διαδικασίας ψηφιοποίησης των δεδομένων και η εγκαθίδρυση των ηλεκτρονικών φακέλων υγείας. Παράλληλα, απαιτείται σωστή διαχείριση των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων υγείας. Οι προκλήσεις επικεντρώνονται στον όγκο των προσωπικών δεδομένων και την πολυπλοκότητα της διαχείρισής τους. Από τη μία είναι απαραίτητα για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, από την άλλη όμως ο άνθρωπος πρέπει να έχει έλεγχο πάνω σε αυτά για να προστατεύει την ιδιωτικότητά του.

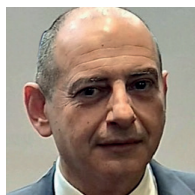
Η διαχείριση των παραπάνω δεδομένων προϋποθέτει απάντηση σε ένα προκαταρκτικό ζήτημα ηθικής: αν η αξία των προσωπικών δεδομένων υπερτερεί ή όχι σε σύγκριση με αξίες συλλογικού ενδιαφέροντος. Και στην περίπτωση της υγείας, οι εφαρμογές TN θεωρείται ότι θα εξυπηρετήσουν την αξία της δημόσιας υγείας. Προς αυτήν την κατεύθυνση, υπάρχει η ανάγκη για διευκόλυνση της πρόσβασης των ερευνητών στα διαθέσιμα δεδομένα για βέλτιστη αξιοποίηση της πληροφορίας και την ανάπτυξη καινοτόμων εφαρμογών.

Όσον αφορά την ασφάλεια των εφαρμογών, το αρχικό ηθικό ζήτημα αφορά την αξιολόγηση οφέλους/κινδύνων πριν την εισαγωγή τους στην ιατρική πράξη και γενικότερα στις υπηρεσίες υγείας. Η έγκριση τέτοιων συστημάτων από τις αρμόδιες αρχές θα πρέπει να εξαρτάται από τη διαπίστωση ότι οι πιθανοί κίνδυνοι υπολείπονται σημαντικά των αναμενόμενων οφελών. Δεν πρέπει επίσης να ξεχνάμε ότι για τη χρήση τέτοιων εφαρμογών στην κλινική πράξη είναι απαραίτητη η γεφύρωση του ψηφιακού χάσματος, μέσω του ψηφιακού εγγραμματισμού του πληθυσμού.

Τέλος, διαφαίνεται πολύ σημαντική η χρήση εργαλείων στρατηγικής προόρασης (*strategic foresight*), με σκοπό τη δυναμική κατανόηση του αντίκτυπου της εφαρμογής τέτοιων συστημάτων. Μάλιστα, αξίζει να σημειωθεί ότι η πρώτη εμπειρική ερευνητική προσέγγιση στρατηγικής προόρασης για τη χρήση της παραγωγικής τεχνητής νοημοσύνης (*generative artificial intelligence*) στην Ελλάδα δημοσιεύθηκε πρόσφατα και υλοποιήθηκε από την Ειδική Γραμματεία Μακροπρόθεσμου Σχεδιασμού, σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) και το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος» (ΕΚΕΦΕ «Δ»).



Συνολικά, η τεχνητή νοημοσύνη έχει το δυναμικό να αλλάξει το πρόσωπο της υγειονομικής περίθαλψης και να προσφέρει οφέλη σε όλους τους εμπλεκόμενους, βελτιώνοντας τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση της υγείας μας. Η Ελλάδα πρέπει να λάβει τα αναγκαία μέτρα προκειμένου όχι μόνο να παρακολουθήσει τις εξελίξεις, αλλά και να επηρεάσει θετικά την πορεία τους. ●



Νίκος Ιωσήφ

Πρόεδρος, Human Health Intelligence Organization
Διευθύνων σύμβουλος, Brains I.C.S.

Σε αυτό που αποκαλούμε ψηφιακή μετάβαση (*digitalisation*) του κλάδου του υγείας, η ενσωμάτωση της ψηφιακής καινοτομίας στην ογκολογία και ιδιαίτερα η ενσωμάτωση της τεχνητής νοημοσύνης (TN) αποτελεί κομβικό παράγοντα στον μετασχηματισμό της διαχείρισης του καρκίνου. Η εφαρμογή της TN επιτρέπει να αξιοποιήσουμε το σύνολο της διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης και να οδηγηθούμε σε έναν επαναπροσδιορισμό προτύπων στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών.

Αξιοποιώντας την τεχνητή νοημοσύνη είμαστε πλέον σε θέση να αναλύουμε γενετικές μεταλλάξεις και μοτίβα εντός των καρκινικών κυττάρων, προβλέποντας πιο αποτελεσματικά τα κατάλληλα θεραπευτικά σχήματα. Η χρήση της μηχανικής μάθησης στην ερμηνεία πολύπλοκων γονιδιωματικών δεδομένων έχει ήδη οδηγήσει σε αυξημένη προγνωστική ακρίβεια σε ορισμένους τύπους καρκίνου, αναφορικά με την ανταπόκριση ασθενών σε συγκεκριμένα θεραπευτικά σχήματα. Για παράδειγμα, με τη χρήση αλγορίθμων *support vector machine* (SVM) επιτυγχάνουμε ακρίβεια που ξεπερνά το 80% στην πρόβλεψη ανταπόκρισης των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών στα 8 χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως.

Η ανάπτυξη μοντέλων βαθιάς μάθησης (DL) στη διαγνωστική απεικόνιση μπορεί να μειώσει δραστικά τα ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου. Για παράδειγμα, μετα-ανάλυση δημοσιευμένη στο *JAMA Oncology* αποκαλύπτει ότι σε απεικόνιση που βασίζεται στην ανθρώπινη ανάλυση, όταν ενισχυθεί με TN, αυξάνεται το ποσοστό ευαισθησίας στην ανίχνευση καρκίνων από 88% σε 95%, κάτι που αφενός μεγιστοποιεί την έγκαιρη ανίχνευση και αφετέρου ελαχιστοποιεί την ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση των ασθενών που υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο.

Στην ψηφιακή παθολογία η τεχνητή νοημοσύνη βελτιστοποιεί την ανάλυση των ιστών, καθιστώντας δυνατή την αναγνώριση καρκινικών κυττάρων με ένα επίπεδο λεπτομέρειας και ακρίβειας που δεν μπορεί να επιτευχθεί από το ανθρώπινο μάτι. Η μελέτη DeepMind AI που δημοσιεύθηκε στο *Nature* απέδειξε ικανότητα ανάλυσης μαστογραφιών με μείωση του ποσοστού ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων κατά 9,4% και ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων κατά 5,7% σε ένα σύνολο δεδομένων που βασίζεται στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Η ενσωμάτωση της τεχνητής νοημοσύνης στην ανάλυση δεδομένων πραγματικού κόσμου (RWD) έχει ανοίξει τον δρόμο για πιο εξατομικευμένες ιατρικές προσεγγίσεις στην ογκολογία. Σε έρευνες δημοσιευμένες στο *Science Translational Medicine* στις οποίες εξετάστηκαν μοτίβα σε τεράστια σύνολα δεδομένων από αρχεία ασθενών, τα εργαλεία τεχνητής νοημοσύνης εντόπισαν συσχετίσεις μεταξύ αποτελεσμάτων θεραπειών και χαρακτηριστικών ασθενών. Αυτή η ανάλυση είναι καθοριστική για την προσωποποιημένη θεραπεία, βελτιώνοντας σημαντικά και τα ποσοστά επιβίωσης και την ποιότητα ζωής.

Η TN φέρνει επίσης επανάσταση στον σχεδιασμό και την εκτέλεση κλινικών δοκιμών. Όπως επισημαίνεται σε έκθεση του *New England Journal of Medicine*, με τον πιο αποτελεσματικό εντοπισμό κατάλληλων υποψηφίων μέσω αλγορίθμων TN μειώνεται ο χρόνος και το κόστος των δοκιμών. Επιπλέον, η ικανότητα της TN να παρακολουθεί την υγεία των ασθενών σε πραγματικό χρόνο και να προσαρμόζει ανάλογα τα θεραπευτικά πρωτόκολλα θέτει νέα πρότυπα στην ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των δοκιμών.

Αυτά είναι μόνο κάποια ενδεικτικά παραδείγματα, που οδηγούν όμως στο ακόλουθο συμπέρασμα: Αγκαλιάζοντας την τεχνητή νοημοσύνη με απaráβατους όρους ηθικής και ασφάλειας, πλαίσιο διαφάνειας και αξιοπιστίας και παρονομαστή τη συνεχή εκπαίδευση όλων μας, δεν υιοθετούμε απλώς μια νέα τεχνολογία, αλλά διαμορφώνουμε ένα μέλλον όπου η πρόληψη είναι αποτελεσματικότερη, η έγκαιρη διάγνωση σώζει ζωές, η θεραπεία κάθε ασθενούς βασίζεται σε δεδομένα και προσωποποιείται και οι υπηρεσίες υγείας είναι προβάσιμες εντός και εκτός δομών υγείας. Μετασχηματίζουμε τη φροντίδα ογκολογικών ασθενών, μεταρρυθμίζουμε το σύστημα υγείας. ●



Θάνος Κοσμίδης

Συνιδρυτής και διευθύνων σύμβουλος
CareAcross

Θα επικεντρώσω την παρουσίασή μου στην κλινική μελέτη “CLIMEDIN”, η οποία έχει ήδη ολοκληρώσει την ένταξη 200 ασθενών με ανεγχείρητο μεταστατικό μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα και θα διαρκέσει τρία χρόνια. Της μελέτης ηγείται η HeCOG (Ελληνική Συνεργαζόμενη Ογκολογική Ομάδα) με την υποστήριξη του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος.

Η “CLIMEDIN” βασίζεται σε τρεις πυλώνες – και αυτή είναι μία από τις καινοτομίες της. Κατ’ αρχάς, καταγράφει την κλινική πρακτική σε πολλά κέντρα σε όλη τη χώρα. Κατά δεύτερον, επιτρέπει μοριακή ανάλυση με NGS για όλους τους ασθενείς, φέρνοντας εξατομικευμένες θεραπείες πιο κοντά σε αυτούς τους ασθενείς.

Τέλος, ο τρίτος πυλώνας είναι η ψηφιακή υποστήριξη. Τι σημαίνει ψηφιακή υποστήριξη; Πρόκειται για υποστήριξη της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών μέσα από μια διαδραστική ψηφιακή πλατφόρμα. Η ποιότητα ζωής καταγράφεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Οι ασθενείς λαμβάνουν, πάλι μέσω της πλατφόρμας, σχετικές πληροφορίες. Επίσης, οι θεράποντες ιατροί παρακολουθούν εξ αποστάσεως την ποιότητα ζωής των ασθενών τους.

Το κύριο στοιχείο εδώ, λοιπόν, είναι η ποιότητα ζωής και οι παρενέργειες. Μέσω τυχαιοποίησης από την ίδια την πλατφόρμα, κάθε ασθενής ανήκει είτε στην ομάδα ελέγχου είτε στην ομάδα παρέμβασης. Η βασική διαφορά στην ομάδα παρέμβασης είναι ότι για κάθε καταγραφή οι ασθενείς λαμβάνουν πολύ πιο στοχευμένες πληροφορίες προκειμένου να βελτιώσουν τις παρενέργειές τους και έτσι την ποιότητα ζωής τους.

Ποια είναι όμως τα βασικά συστατικά αυτής της ψηφιακής υποστήριξης όπως έχει φτιαχτεί για την “CLIMEDIN”; Κατ’ αρχάς, το υποστηρικτικό υλικό είναι βασισμένο σε επιστημονικές οδηγίες και είναι γραμμένο σε απλή και κατανοητή γλώσσα. Έξυπνοι αλγόριθμοι είναι δομημένοι μέσω αναλύσεων από γιατρούς και έχουν απόλυτα μετρήσιμο αποτέλεσμα. Και φυσικά, η τεχνολογία είναι ισορροπημένη, απλή και εύχρηστη και δεν απαιτεί ειδικές γνώσεις. Όλα αυτά αξιοποιούν δεκαετίες διεπιστημονικής εμπειρίας και συνεργασίας μεταξύ ιατρικής και εφαρμοσμένης τεχνολογίας.

Η εταιρεία μας ανήκει στον κλάδο της ψηφιακής υγείας με εστίαση 100% στον καρκίνο, με απόλυτα ασθενοκεντρική διάσταση και έμφαση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτό το πετυχαίνει μέσω των Αποτελεσμάτων που Αναφέρονται από Ασθενείς (PROs) και τα δεδομένα πραγματικού κόσμου (Real World Data). Οι

κλινικοί χρησιμοποιούν απομακρυσμένη παρακολούθηση ασθενούς (*remote patient monitoring*). Τα τελευταία χρόνια η εταιρεία χτίζει μια βάση γνώσης και τεκμηρίωσης (*evidence basis*) για τον σημαντικό αντίκτυπο των υπηρεσιών σε ασθενείς, γιατρούς και συστήματα υγείας.

Επιστρέφοντας στην “CLIMEDIN”, μπορούμε να μοιραστούμε κάποια στοιχεία που ήδη έχουμε δημοσιεύσει στο περσινό ESMO (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παθολογικής Ογκολογίας). Αυτά δείχνουν ότι η ψηφιακή συμμετοχή των ασθενών είναι εφικτή, ακόμα και αν μιλάμε για ασθενείς με μια τέτοια δύσκολη πάθηση, καθώς καταγράφουν οι ίδιοι τις παρενέργειές τους και μάλιστα πολύ πιο συχνά από ό,τι οι γιατροί μπορούν να τις καταγράψουν. Έτσι δημιουργούν πολύ σημαντικά δεδομένα και για την κλινική πρακτική και για την έρευνα. Φυσικά, οι γιατροί έχουν πρόσβαση σε αυτά τα στοιχεία μέσω απομακρυσμένης παρακολούθησης ασθενούς.

Τελευταίο αλλά πολύ σημαντικό, όντως οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα διαχείρισης των παρενεργειών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επομένως, αυτή η καινοτομία φαίνεται ότι βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. ●



Christian Hosius

Senior clinical director
MSD European Clinical Development

Σας ευχαριστώ για την ευκαιρία που μου δίνετε να μιλήσω για το μέλλον των κλινικών μελετών. Όσον αφορά την πρόβλεψη του μέλλοντος, δεν είμαι σίγουρος εάν εγώ, όντας Γερμανός, μπορώ να είμαι τόσο ακριβής στις προβλέψεις μου όσο οι Έλληνες ειδήμονες, με τη μακρά τους εμπειρία του Μαντείου των Δελφών. Ωστόσο, θα κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ.

Εξετάζοντας τα δεδομένα από μια επιτυχημένη κλινική μελέτη θεραπείας για τον μεταστατικό καρκίνο του μαστού, εκείνη την εποχή τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά, επειδή οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη ωφελούνταν από τη νέα θεραπεία σε σύγκριση με το καθιερωμένο πρότυπο θεραπείας. Η μελέτη αυτή υπήρξε θετική και οδήγησε στην έγκριση της νέας δραστικής ουσίας.

Ωστόσο, με μια πιο προσεκτική ματιά θα μπορούσαμε να δούμε ότι πολλοί ασθενείς πέθαναν πρόωρα, ενώ οι ασθενείς που ωφελούνταν μακροπρόθεσμα δεν ήταν αρκετοί.

Επομένως, πριν ξεκινήσει μια θεραπεία χρειάζεται να προσδιορίσουμε τους ασθενείς που θα ωφεληθούν από αυτήν. Παράλληλα, μια αποτελεσματική θεραπεία θα πρέπει να ξεκινά πριν ο όγκος αρχίσει να γίνεται μεταστατικός. Επιπλέον, οφείλουμε να επιταχύνουμε την ανάπτυξη των φαρμάκων με καλύτερο σχεδιασμό των κλινικών μελετών, προκειμένου οι ασθενείς που έχουν ανάγκη να μη χάσουν ευκαιρίες.

Παραδοσιακά, η ανάπτυξη ενός φαρμάκου ξεκινά με κλινικές μελέτες σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι για τους ασθενείς και οι ίδιοι να λάβουν μια σχετικά νέα θεραπεία. Ωστόσο, γνωρίζουμε ότι οι ασθενείς ωφελούνται περισσότερο από μια αποτελεσματική θεραπεία όταν αυτή χορηγείται νωρίτερα.

Σήμερα, βλέπουμε ότι περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται στην πρώιμη φάση της νόσου –το ακούσαμε σήμερα αρκετές φορές αυτό–, χάρη στην πρόοδο της τεχνολογίας και στις βελτιωμένες πολιτικές πρόληψης. Πριν από είκοσι χρόνια, οι περισσότεροι από τους ασθενείς διαγιγνώσκονταν σε μεταστατικό στάδιο. Ως εκ τούτου, χρειαζόμαστε τις καλύτερες θεραπευτικές επιλογές για έναν αυξανόμενο αριθμό ασθενών, όσο οι όγκοι είναι ακόμα μικροί. Η ίαση είναι δυνατή μόνο στο πρώιμο στάδιο του καρκίνου. Επομένως, χρειαζόμαστε περισσότερες κλινικές μελέτες στο επικουρικό και νέο-επικουρικό στάδιο.

Ένας άλλος σημαντικός στόχος είναι να εντοπιστεί ο κατάλληλος ασθενής για την κατάλληλη θεραπεία πριν

από την έναρξή της. Μιλάμε, δηλαδή, για εξατομικευμένη θεραπεία. Φυσικά, αυτό δεν είναι πάντοτε εφικτό για όλους τους ασθενείς, καθώς δεν έχουμε πάντοτε έναν μοριακό «στόχο».

Στις μέρες μας έχουμε πολλά διαφορετικά εργαλεία όπως οι υγρές βιοψίες, οι νέες τεχνολογίες απεικόνισης, η μηχανική μάθηση ή η τεχνητή νοημοσύνη. Αυτό σημαίνει ότι θα αλλάξει και ο σχεδιασμός των κλινικών μελετών. Οφείλουμε να βρούμε νέους σχεδιασμούς μελετών, που θα επιτρέπουν την αναγνώριση και τον έλεγχο μικρότερων ομάδων ασθενών με συγκεκριμένους βιοδείκτες και χαρακτηριστικά. Μπορούμε να σχεδιάσουμε τέτοιες μελέτες. Ωστόσο, οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να υποστηρίξουν και να συμφωνήσουν με αυτήν τη στρατηγική.

Ας δούμε ένα παράδειγμα σχεδιασμού μιας σύγχρονης κλινικής μελέτης. Χωρίς να υπεισέλθω σε λεπτομέρειες, προσπαθούμε να προσδιορίσουμε ποια μόρια θα μπορούσαν να είναι αποτελεσματικά σε έναν συγκεκριμένο τύπο καρκίνου με μία μόνο μελέτη. Αργότερα, επεκτείνουμε τη διερεύνησή μας για να επιβεβαιώσουμε την αποτελεσματικότητα και την ανεκτικότητα για καθένα από αυτά τα μόρια, σε μια κλινική μελέτη φάσης 3.

Τέλος, όσον αφορά γενικώς τις κλινικές μελέτες, οφείλουμε να επικεντρώναστε περισσότερο στο πλέον σημαντικό, δηλαδή στο εάν το υπό έρευνα μόριο είναι ασφαλές και αποτελεσματικό, ώστε να εγκριθεί.

Υπάρχει πληθώρα ερωτημάτων που θα μπορούσαν να απαντηθούν από τη στιγμή που ξεκινάει μια μελέτη, ωστόσο δεν είναι όλα σημαντικά. Κάθε επιπλέον ερώτημα καθιστά τα πράγματα πιο περίπλοκα και τελικά πιο δύσκολα για τους ασθενείς. Το βασικό ζήτημα είναι ποια δεδομένα χρειάζεται να διαθέτουμε ώστε να απαντηθούν τα σχετικά ερωτήματα χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα της κλινικής μελέτης. Ο λιτός σχεδιασμός είναι μια άλλη πρόκληση που προσφέρει όμως και πολλές ευκαιρίες.

Τέλος, όσον αφορά την Ελλάδα, έχουν επιτευχθεί πολλά τα τελευταία χρόνια και ελπίζουμε ότι η σημασία των κλινικών μελετών θα συνεχίσει να ενισχύεται. Από το 2019 ο αριθμός των μελετών της MSD στην ογκολογία έχει υπερτριπλασιαστεί.

Όλοι μαζί, γιατροί, ασθενείς, χρηματοδοτικοί φορείς, θεσμικοί φορείς και εταιρείες, μπορούμε να κάνουμε τη διαφορά. Ωστόσο, κανείς μας δεν μπορεί να τα καταφέρει μόνος του. ●



Ιωάννης Σουγκλάκος

Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας
Εργαστήριο Μεταφραστικής Ογκολογίας
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
Τμήμα Ογκολογικής Παθολογίας ΠΑΓΝΗ

Συχνά λέω ότι η ογκολογία-αιματολογία είναι η πιο συναρπαστική δουλειά του κόσμου. Παρόλο που στη δουλειά μας πολλές φορές αισθανόμαστε εξουθενωμένοι και ερχόμαστε στα όριά μας, δεν υπάρχει καμία ημέρα που να είναι ίδια με κάποια άλλη. Κι αυτό γιατί συσσωρεύεται συνεχώς καινούργια γνώση, ακόμα και σε καθημερινή βάση. Επομένως, οτιδήποτε κάνεις έναν μήνα μπορεί τον επόμενο να το κάνεις με διαφορετικό τρόπο. Και σε αυτό βοηθούν σίγουρα η έρευνα, η καινοτομία, οι εξελίξεις που συσσωρεύονται από παντού, από τη βιομηχανία, τα εργαστήρια, τους υπολογιστές, τη δύναμη του διαδικτύου και από όλα αυτά μαζί.

Ωστόσο, νομίζω ότι παρεξηγούμε τον όρο «καινοτομία» και τον περιορίζουμε στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων και νέων βιοδεικτών. Η καινοτομία είναι κάτι πολύ ευρύτερο, που οφείλει να συμπεριλάβει τον εξατομικευμένο προσυμπτωματικό έλεγχο. Αυτό είναι που συμβαίνει παγκοσμίως και που μας δίνει ελπίδα όσον αφορά την πρόωπη διάγνωση. Μάλιστα, δύο μεγάλοι Έλληνες ερευνητές, ο Άρης Πατρινός και ο Νικόλας Παπαδόπουλος στο Johns Hopkins είναι οι «πυλώνες» αυτής της προσπάθειας για την έγκαιρη ανίχνευση καρκίνων, μέσω κυρίως του ctDNA προγράμματος.

Καινοτομία είναι η μελέτη που παρουσίασαν πριν από 12 χρόνια οι Ινδοί στο ASCO (*American Society of Clinical Oncology*), σύμφωνα με την οποία όταν δεν μπορούσαν να κάνουν Pap Test, έστειλαν τις μαιές να γυρνάνε στα χωριά με ξίδι και να κάνουν τεστ με οξικό οξύ, προλαμβάνοντας περισσότερους από 20.000 καρκίνους του τραχήλου της μήτρας. Καινοτομία ήταν η μελέτη που παρουσίασε η Monica Bertagnolli το 2017 ως πρόεδρος του ASCO, όπου δίνοντας έναν τηλεφωνικό αριθμό στους ασθενείς στον οποίο απαντούσε μια νοσηλεύτρια, μείωνε τον κίνδυνο θανάτου κατά 23%, ανεξαρτήτως καρκίνου, σταδίου και θεραπείας. Καινοτομία είναι όλες αυτές οι μελέτες που βλέπουμε τα τελευταία χρόνια που πιστοποιούν ότι το να πετυχαίνεις περισσότερα κάνοντας λιγότερα (*doing less-achieve more*) είναι ένας δρόμος πολύ σημαντικός στην ογκολογία, μεταξύ άλλων, γιατί διασώζει από ακριβάστες θεραπείες που καταστρέφουν την ποιότητα ζωής. Ένα πολύ απλό παράδειγμα: MSI High, καρκίνος του ορθού – οι άνθρωποι αυτοί δεν θα πάρουν ακτινοθεραπεία, δεν θα χειρουργηθούν, δεν θα κάνουν χαμηλή πρόσθια εκτομή. Γλυτώνουν όχι μόνο τη ζωή τους αλλά και την ποιότητα ζωής τους και την εργασία τους.

Για να γίνουν, λοιπόν, τέτοιες έρευνες χρειάζεται να απελευθερωθεί και η ακαδημαϊκή έρευνα. Γιατί το να κάνεις λιγότερες θεραπείες συνήθως προέρχεται από ακαδημαϊκές μελέτες και όχι από μελέτες της φαρμακοβιομηχανίας, της οποίας ο ρόλος είναι να μας δίνει εγκρίσεις σε καινούργια φάρμακα. Το πώς θα χρησιμοποιηθούν αυτά στρατηγικά είναι ο ρόλος των ακαδημαϊκών να το δουν. Και για να το δουν, καλό θα ήταν να έχουν τη δυνατότητα να κάνουν κλινικές ακαδημαϊκές μελέτες – κάτι που σήμερα είναι αδύνατον.

Επίσης, καινοτομία για τη χώρα μας θα ήταν αν επίτελους είχαμε ένα εθνικό κέντρο καρκίνου, το οποίο θα εκπονούσε το σχέδιο για τον καρκίνο σε βάθος δεκαετίας, ανεξαρτήτως κυβερνήσεων και υπουργών. Η εμπειρία μου και από τα τρία διαφορετικά συστήματα υγείας στα οποία έχω δουλέψει εκτός Ελλάδας είναι ότι όλα συντονίζονταν από ένα κεντρικό NCI (*National Cancer Institute*).

Τέλος, μια μικρή παρατήρηση λεκτικού χαρακτήρα: έχω ακούσει σήμερα μερικές εκατοντάδες «πρέπει». Αν αυτά τα «πρέπει» μπορούσαμε να τα αντικαταστήσουμε με το «θέλω», θα είχαμε κάνει ένα μεγάλο βήμα. Γιατί το «πρέπει» είναι κάτι καταναγκαστικό, που μπορεί να το κάνω εγώ, αλλά καλύτερα να το κάνει κάποιος άλλος. Το «θέλω» σημαίνει ότι θέλω να είμαι μέρος της λύσης και θέλω να αναλάβω πρωτοβουλίες για αυτό που λέω. ●



Εμμανουήλ Σαλούστρος

Αναπλ. καθηγητής Ογκολογίας
Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Μέλος ΔΣ, ΕΟΠΕ

Η ελληνική πολιτεία ήταν πάντα γενναιόδωρη όσον αφορά στην πρόσβαση στο φάρμακο. Για τα καινοτόμα φάρμακα όμως υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης.

Επίσης, υπάρχουν σημαντικές ανάγκες που θα πρέπει να εξυπηρετηθούν σε όλο το εύρος της ασθένειας, από την πρόληψη έως τη ζωή μετά τη θεραπεία.

Σε ό,τι αφορά την πρόληψη, ο προσυμπτωματικός έλεγχος στη χώρα μας παραμένει εθελοντικός και χωρίς σαφές μονοπάτι μετά την αρχική εξέταση για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η πρόσβαση στη θεραπεία είναι ικανοποιητική, αλλά οι συνθήκες υπό τις οποίες παρέχεται σίγουρα επιδέχεται βελτίωση. Τα δημόσια νοσοκομεία, όπως αυτά όπου εγώ έχω δουλέψει, πιέζονται να εξυπηρετήσουν πολλούς ασθενείς σε ένα ασφυκτικό πρωινό ωράριο χημειοθεραπείας. Γιατί όχι και απογευματινή χημειοθεραπεία, κατ' αντιστοιχία των απογευματινών χειρουργείων που εισάγονται στο σύστημα;

Τέλος, η ανάγκη για βελτίωση της ζωής μετά τη θεραπεία και της ανακουφιστικής φροντίδας στη χώρα μας είναι επιτακτική.

Τα επιτεύγματα της τεχνολογίας, η τεχνητή νοημοσύνη, όλες αυτές οι καινούργιες δυνατότητες, είναι συναρπαστικές και δημιουργούν ένα νέο πεδίο άσκησης της ιατρικής. Ακόμα όμως και σε αυτές τις νέες συνθήκες το χαμόγελο και το ανθρώπινο άγγιγμα παραμένουν εξαιρετικής σημασίας – είναι και θα είναι αναντικατάστατα. Προσπαθώ να το θυμίζω κάθε πρωί στον εαυτό μου και να το τονίζω με κάθε ευκαιρία στους φοιτητές μου. ●



Έλενα Λινάρδου

Παθολόγος ογκολόγος

Διευθύντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής & Πρότυπου Κέντρου Κλινικών Μελετών
Metropolitan Hospital

Η τεχνολογία επιτρέπει πλέον τη συλλογή τεράστιου όγκου και διαφορετικότητας δεδομένων και πληροφοριών από ασθενείς, που μπορεί να είναι από απλά κλινικά δεδομένα από τους ιατρικούς φακέλους μέχρι λεπτομερή γενομικά δεδομένα. Αυτός ο τεράστιος όγκος δεδομένων είναι καταλυτικής σημασίας για τις εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης. Μας προσφέρει την αναγνώριση κοινών μοτίβων και πληροφοριών που μπορεί να είναι κρίσιμα σε διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες και τελικά σε μια εξατομικευμένη προσέγγιση στην ιατρική. Η ενσωμάτωση, λοιπόν, αυτών των *big data analytics* και των αλγορίθμων της τεχνητής νοημοσύνης πιστεύω ακράδαντα ότι φέρνει μια επανάσταση, ότι μεταμορφώνει το μέλλον της περίθαλψης υγείας, με στρατηγικές βάσει των οποίων θα προσφέρουμε τη φροντίδα υγείας με έναν τελείως διαφορετικό τρόπο.

Στην ογκολογία πιστεύω ότι είμαστε πάντα πρωτοπόροι σε ό,τι αφορά την καινοτομία. Για να μπορέσουμε να ξεπεράσουμε τα εμπόδια και τον σκεπτικισμό που υπάρχει –όχι από τους ανθρώπους που αναπτύσσουν την τεχνολογία, αλλά από τους ανθρώπους που τη χρησιμοποιούν– πρέπει να κάνουμε κάποια βασικά πράγματα: να προχωρήσουμε σε εστιασμένες πρωτοβουλίες, να εκπαιδευθούμε όλοι να μιλάμε την ίδια γλώσσα, να επενδύσουμε στις τεχνολογίες και, πολύ βασικό, να συνεργαστούμε· να έρθουμε κοντά οι επαγγελματίες υγείας που θα χρησιμοποιήσουμε την τεχνητή νοημοσύνη και όλες τις προηγμένες τεχνολογίες με τους ανθρώπους που τις αναπτύσσουν.

Σας δίνω ένα παράδειγμα μιας τέτοιας πρωτοβουλίας, στην οποία έχω την τύχη και την τιμή να συμμετέχω εδώ και περίπου έναν χρόνο. Αυτή η πρωτοβουλία ονομάζεται I3LUNG. Πρόκειται για ένα μεγάλο, συνεργατικό ευρωπαϊκό πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείται πλήρως από την ΕΕ στο πλαίσιο του Horizon 2020 και στο οποίο η χώρα μας συμμετέχει –και είναι πολύ σημαντικό η Ελλάδα να βρίσκεται μέσα σε τέτοιες πρωτοβουλίες– ανάμεσα σε 16 εξαιρετικά κέντρα από όλο τον κόσμο, από την Ευρώπη, την Αμερική, το Ισραήλ. Το πρόγραμμα αυτό έχει ξεκινήσει εδώ και έναν χρόνο, θα ολοκληρωθεί σε πέντε χρόνια και θα φτιάξει το πρώτο άβαταρ ασθενούς για καρκίνο πνεύμονα ο οποίος λαμβάνει ανοσοθεραπεία.

Τροφοδοτούμε λοιπόν τα μοντέλα αυτά της τεχνητής νοημοσύνης με δεδομένα κλινικά, παθολογοανατομικά, δεδομένα genomics, metabolomics, radiomics κ.ά. από 2.000 Ευρωπαίους ασθενείς και φτιάχνουμε μια πλατφόρμα η οποία θα χρησιμοποιείται στη συνέχεια από

τον ασθενή, τον γιατρό, τον ερευνητή και θα αφορά ειδικά τον άρρωστο με καρκίνο πνεύμονα που λαμβάνει ανοσοθεραπεία.

Νομίζω ότι ένα τέτοιο παράδειγμα δείχνει πως η τεχνητή νοημοσύνη είναι εδώ, είναι μαζί μας και μπορεί να συνδιαμορφώσει το μέλλον της ογκολογικής παροχής υγείας. ●



Σοφία Ξεσφίγγη

Εθνικό Σημείο Επαφής στον Ορίζοντα Ευρώπη (Υγεία, Αποστολή για τον Καρκίνο)
Project manager των Ευρωπαϊκών Δικτύων HNN3.0 και ECHoS για την Ελλάδα
Πρόεδρος του Sector Group Υγείας στο Enterprise Europe Network

Ο καρκίνος επηρεάζει όλους και όλες ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή κοινωνικής θέσης και καθίσταται κρίσιμο κοινωνικό πρόβλημα που αφορά στο σύνολο ενός κοινωνικού ιστού και όχι μόνο στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Εάν δεν ληφθούν περαιτέρω μέτρα, ο αριθμός των ατόμων που διαγιγνώσκονται με καρκίνο κάθε χρόνο στην Ευρώπη θα αυξηθεί κατά 1 εκατομμύριο σε σχέση με σήμερα και θα ξεπεράσει τα 4,5 εκατομμύρια μέσα στην επόμενη δεκαετία.

Οι προκλήσεις που περιλαμβάνει η αντιμετώπιση του καρκίνου αυξάνονται διαρκώς από παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των χρόνιων ασθενειών, ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις και οι εγκεφαλικές παθήσεις, που απαιτούν ταυτόχρονα διαφορετικούς τύπους θεραπείας και έτσι αυξάνουν το κόστος σε μη βιώσιμα επίπεδα και οξύνουν τις ανισότητες κυρίως σχετικά με την πρόσβαση στη φροντίδα. Εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κλιματικής αλλαγής και του πολέμου, καθώς και ο κίνδυνος να χάσουμε τη φυσική ικανότητα προστασίας μας από μολυσματικές ασθένειες, εξαιτίας της μικροβιακής αντοχής για παράδειγμα, μας εκθέτουν επίσης σε νέους κινδύνους και απειλές σε σχέση με το παρελθόν.

Σύμφωνα με το Στρατηγικό Σχέδιο του Ορίζοντα Ευρώπη, η θεματική της υγείας εστιάζεται στη βελτίωση και την προστασία της υγείας και της ευημερίας των πολιτών όλων των ηλικιών. Ο τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι η δημιουργία νέας γνώσης και η ανάπτυξη καινοτόμων λύσεων για την πρόληψη, τη διάγνωση, την παρακολούθηση και τη θεραπεία ασθενειών, λαμβάνοντας υπ' όψιν και την ισότητα των φύλων.

Οι κύριοι τομείς παρέμβασης του τρέχοντος προγράμματος χρηματοδότησης έρευνας και καινοτομίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής είναι: 1) η υγεία σε όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, 2) οι περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες υγείας, 3) οι μη μεταδοτικές και σπάνιες ασθένειες, 4) οι μολυσματικές ασθένειες και 5) τα εργαλεία, οι τεχνολογίες και οι ψηφιακές λύσεις για την υγεία και τη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της εξατομικευμένης ιατρικής.

Επιπλέον, οι στόχοι του προγράμματος περιλαμβάνουν τον μετριασμό των κινδύνων και την προστασία των πληθυσμών, την προώθηση της καλής υγείας και στο εργασιακό περιβάλλον, την εξάλειψη των οικονομικών ανισοτήτων, τη συμμετοχή των ασθενών και την αυτοδιαχείριση της ασθένειάς τους, βοηθώντας με

αυτόν τον τρόπο να κατασταθούν τα συστήματα υγείας δικαιότερα και βιώσιμα.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι από τις κύριες προτεραιότητες στον τομέα της υγείας για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία καταβάλλει προσπάθειες από το 1985, μαζί με το σύνολο των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διεθνείς οργανισμούς αλλά και την κοινωνία των πολιτών για την καταπολέμησή του.

Οι πολιτικές κατευθύνσεις της προέδρου της Επιτροπής κ. Φον ντερ Λάιεν αναφέρονται σε «ένα ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου, με σκοπό τη στήριξη των κρατών μελών προκειμένου να βελτιώσουν τον έλεγχο και την περίθαλψη του καρκίνου», ώστε να μειωθεί η ταλαιπωρία που προκαλείται από την εν λόγω νόσο και να μπορέσει η Ευρώπη να αναλάβει ηγετικό ρόλο στην καταπολέμηση του καρκίνου.

Ο τρόπος χρηματοδότησης του καρκίνου από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, μέσα στο πλαίσιο του Ορίζοντα Ευρώπη και με την ανάδειξή του ως διακριτής αποστολής, φανερώνει ότι αυτός πλέον αντιμετωπίζεται μέσω μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης, που στοχεύει στην ενεργοποίηση των κρατών μελών (των αρχών, των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων και των πολιτών τους) και προωθεί μια κοινή στρατηγική ατζέντα, τοποθετώντας τους πολίτες και τους ασθενείς στο επίκεντρο της αποστολής.

Διαφαίνεται, λοιπόν, η μετάβαση από τις μεμονωμένες πολιτικές και δράσεις σε μια ενιαία, δομημένη προσέγγιση από πλευράς της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Σε αυτό το πλαίσιο το σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου:

- Χρηματοδοτείται με 4 δις ευρώ και αποτελεί πολιτική δέσμευση που επιδιώκει την αντιστροφή της κατάστασης όσον αφορά τον καρκίνο και την ενίσχυση της υγείας σε μια ασφαλέστερη, καλύτερα προετοιμασμένη και ανθεκτικότερη Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Οι γενικές του κατευθύνσεις επιδιώκουν την πρόληψη του καρκίνου και τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας ζωής για τους καρκινοπαθείς, τους ιαθέντες ασθενείς, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους, καθώς και την ισότιμη εξασφάλιση πρόβασης σε υπηρεσίες περίθαλψης.
- Διαρθρώνεται γύρω από τους βασικούς τομείς της ενημέρωσης/πρόληψης/έγκαιρης ανίχνευσης/διάγνωσης και της θεραπείας/ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών και των ιαθέντων, καθώς και της πρόσβασης σε αντικαρκινικά φάρμακα και στον ευρωπαϊκό χώρο δεδομένων υγείας.



- Συμβάλλει στο σχέδιο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την καταπολέμηση του καρκίνου μέσω της εμβληματικής δράσης του Ορίζοντα Ευρώπη, της Αποστολής για τον Καρκίνο και του ευρωπαϊκού προγράμματος για τη δημόσια υγεία EU4Health.

Η Αποστολή για τον Καρκίνο, που ξεκίνησε στις 29 Σεπτεμβρίου 2021, μαζί με το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Καταπολέμησης του Καρκίνου (*Europe's Beating Cancer Plan*), που εγκρίθηκε στις 3 Φεβρουαρίου 2021, στοχεύουν στη βελτίωση της ζωής περισσότερων από 3 εκατ. ανθρώπων έως το 2030, μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής για όσους έχουν προσβληθεί από καρκίνο, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειών τους.

Η αποστολή για την καταπολέμηση του καρκίνου στο πλαίσιο του Ορίζοντα Ευρώπη:

- Συνιστά μια ολοκληρωμένη και συντονισμένη προσέγγιση που στοχεύει στην ενεργοποίηση δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, όπως τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές, τα ερευνητικά ιδρύματα, οι επιχειρηματίες, οι επενδυτές και οι πολίτες.
- Προωθεί μια κοινή στρατηγική ατζέντα έρευνας και καινοτομίας για τον καρκίνο σε ευρωπαϊκό επίπεδο.
- Επιδιώκει τον εξορθολογισμό των εθνικών και ιδιωτικών επενδύσεων.
- Τοποθετεί τους πολίτες και ασθενείς στο επίκεντρο της αποστολής.
- Αναπτύσσει πολιτικές για την ενσωμάτωση των αποτελεσμάτων έρευνας και καινοτομίας στην κλινική πρακτική και τα συστήματα υγείας.

Το έργο Establishing of Cancer Mission Hubs: Networks and Synergies (ECHO-S) στοχεύει στον συντονισμό των δράσεων έρευνας και καινοτομίας και υγείας για τον καρκίνο, με διαδικασίες χάραξης πολιτικής, προς ανθρωποκεντρικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και έρευνας. Η κοινοπραξία συγκεντρώνει κορυφαία τεχνογνωσία περισσότερων από 50 κυβερνητικών, υγειονομικών, ακαδημαϊκών και μη κερδοσκοπικών οργανισμών από 28 χώρες, με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Ηλεκτρονικού Περιεχομένου να είναι ο μοναδικός ελληνικός φορέας που συμμετέχει. Σκοπός του έργου είναι η δημιουργία εθνικών κόμβων αποστολής για τον καρκίνο (NCMH) σε κάθε χώρα, προκειμένου ένα ευρύ φάσμα ενδιαφερομένων τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα να συμμετέχει σε συνεργατικές πρωτοβουλίες και σε διάλογο χάραξης πολιτικής για τον καρκίνο, σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Έχουμε ολοκληρώσει την καταγραφή όλων των δράσεων που σχετίζονται με την αντιμετώπιση του καρκίνου και προσαπλούμε να δημιουργήσουμε συνέργειες μεταξύ των χωρών, ώστε να αναπτυχθεί ένας ενιαίος μηχανισμός για τη δημιουργία των εθνικών κόμβων αποστολής για τον καρκίνο. Κεντρικό ζητούμενο είναι να μειωθούν οι διαφορές στην ταχύτητα που εντοπίζονται μεταξύ των χωρών. Για παράδειγμα, υπάρχουν

χώρες που έχουν δημιουργήσει εθνικούς κόμβους αποστολής για τον καρκίνο, άλλες χώρες που έχουν κόμβους για τον καρκίνο, αλλά αυτοί δεν σχετίζονται άμεσα με τους στόχους της αποστολής, άλλες χώρες που βρίσκονται ακόμα σε πρωταρχικό στάδιο και, τέλος, χώρες όπως η δική μας, οι οποίες έχουν δομές που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε εθνικούς κόμβους αποστολής για τον καρκίνο χωρίς όμως να έχει γίνει αυτή η μετάβαση.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε το πρόγραμμα EU4Health (2021-2027), το οποίο, αν και αποτέλεσε τη φιλόδοξη απάντηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στη νόσο covid-19, παρέχει επίσης οικονομική και τεχνική στήριξη στα κράτη μέλη συμβάλλοντας στις προσπάθειες ενίσχυσης των συστημάτων υγείας γύρω από τέσσερις άξονες: πρόληψη ασθενειών, ετοιμότητα για την αντιμετώπιση κρίσεων, συστήματα υγείας και ψηφιακός τομέας, με οριζόντια εστίαση στον καρκίνο.

Τα προγράμματα και οι πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι πάρα πολλά σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η σημασία της αντιμετώπισης του καρκίνου φαίνεται και από την ενσωμάτωση προσκλήσεων ακόμα και σε άλλα προγράμματα εργασίας που δεν σχετίζονται άμεσα με το θέμα. Το νέο πρόγραμμα εργασίας για το 2024 δεν έχει ακόμα δημοσιευθεί, οπότε την παρούσα στιγμή δεν υπάρχουν ανοικτές προσκλήσεις. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, όμως, τα βήματα που γίνονται είναι μεγάλα και πρέπει να ακολουθήσουμε στην ίδια ταχύτητα αν δεν θέλουμε να μείνουμε εκτός των εξελίξεων. Η Ευρώπη αντιμετωπίζει σοβαρές προκλήσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και η πανδημία covid-19 έδειξε τη σημασία του συντονισμού της έρευνας και της καινοτομίας στον τομέα της υγείας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.

Υπάρχουν αρκετές προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν στον ελληνικό χώρο. Για παράδειγμα, οι δυσκολίες κεντρικού συντονισμού στο πλαίσιο της ψηφιακής διασύνδεσης καθώς και η έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης και τεχνογνωσίας, ιδίως στον χώρο της κλινικής πρακτικής. Αντίστοιχα, υπάρχει κατακερματισμός της διαθέσιμης πληροφορίας αλλά και των αρμοδιοτήτων μεταξύ των φορέων. Στον αντίποδα, η Ελλάδα έχει αξιόλογο ανθρώπινο δυναμικό και πληθώρα σχετικών εθνικών και συγχρηματοδοτούμενων δράσεων που μπορούν να λειτουργήσουν καταλυτικά ως παραγωγοί δεδομένων ή/και ως υποδομές τεχνογνωσίας, με απώτερο σκοπό τον συντονισμό ή την υλοποίηση έργων για τη διασύνδεση των Ελλήνων ερευνητών με μεγάλα ευρωπαϊκά δίκτυα.

Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Ηλεκτρονικού Περιεχομένου είναι Εθνικό Σημείο Επαφής για τον Ορίζοντα Ευρώπη, και συγκεκριμένα στον Πυλώνα 1 του προγράμματος για τη θεματική ομάδα Marie Skłodowska-Curie Actions (MSCA) και στον Πυλώνα 2 για τις θεματικές ομάδες «Υγεία» και «Ψηφιακές τεχνολογίες, Βιομηχανία και Διάστημα», καθώς και για την Αποστολή για τον Καρκίνο. Υποστηρίζει οργανι-

σμούς, επιχειρήσεις, ακαδημαϊκούς και ερευνητικούς φορείς σε όλη τη διαδρομή: από τον εντοπισμό ευκαιριών χρηματοδότησης μέχρι τη σύνταξη και υποβολή προτάσεων, την υλοποίηση των έργων και την αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Επιπλέον, συμβάλλει στην καταγραφή και ανάλυση της συμμετοχής της Ελλάδας σε ευρωπαϊκά προγράμματα έρευνας και καινοτομίας.

Ως συντονιστής του ελληνικού κόμβου του Enterprise Europe Network, του μεγαλύτερου δικτύου υποστήριξης επιχειρήσεων στον κόσμο, παρέχει υπηρεσίες συμπληρωματικές με αυτές των εθνικών σημείων επαφής, λειτουργώντας ως one-stop-shop για την πληροφόρηση επιχειρήσεων για ευρωπαϊκά θέματα, την εξεύρεση επιχειρηματικών συνεργασιών στο εξωτερικό, την πρόσβαση σε υπηρεσίες μεταφοράς τεχνολογίας και καινοτομίας, τη διαμεσολάβηση για διεθνείς τεχνολογικές συνεργασίες, την πρόσβαση σε ευρωπαϊκή χρηματοδότηση και την εξεύρεση εταίρων για συμμετοχή σε ερευνητικές προτάσεις. ●



Άρης Αγγελής

Γενικός γραμματέας Στρατηγικού Σχεδιασμού
Υπουργείο Υγείας

Ζούμε σε μια τελείως διαφορετική εποχή σε σχέση με 10-20 χρόνια πριν. Έχουμε ολοένα και περισσότερες νέες, καινοτόμους θεραπείες, άλλου βεληνεκούς, όπως κυτταρικές, γονιδιακές, ανοσοθεραπίες κ.ά., με εκπληκτικά κλινικά αποτελέσματα, αλλά οι οποίες, όπως φαίνεται, έρχονται σε ολοένα αυξανόμενες τιμές. Άρα, τα συστήματα υγείας καλούνται πλέον να διαχειριστούν ένα υψηλό κόστος νέων, καινοτόμων θεραπειών, ενώ πολύ συχνά υπάρχει σημαντική αβεβαιότητα ως προς τα αποτελέσματά τους, τα οποία μπορεί –αν υπάρχουν βέβαια– να είναι και οριακά. Οπότε η προσβασιμότητα σε κλινικά αποτελεσματικές και οικονομικά αποδοτικές θεραπείες γίνεται όλο και πιο σημαντική.

Τα τελευταία 20 χρόνια, η ρυθμιστική αρχή της Αμερικής (FDA) ενέκρινε 720 νέα φάρμακα, εκ των οποίων τα 170 ήταν ογκολογικά, για συνολικά 455 ενδείξεις, είτε πρότυπες είτε συμπληρωματικές. Αν πάμε να δούμε τώρα τις καινοτόμους θεραπείες που μελετώνται σε κλινικές μελέτες για *advanced therapy medicinal products* (ATMPs), θα δούμε ότι έχουμε 428 θεραπείες –αυτά τα αποτελέσματα είναι από την αρχή του χρόνου– σε περισσότερες από 580 κλινικές μελέτες.

Να δούμε λίγο τις τιμές αυτών των νέων φαρμάκων. Ανάλυση 548 φαρμάκων που κυκλοφόρησαν για πρώτη φορά στην Αμερική μεταξύ 2008 και 2021 δείχνει ότι η μέση τιμή τους αυξήθηκε από 2.000 δολάρια το 2008 σε 180.000 δολάρια ετησίως το 2021. Πρόκειται για μια έντονα εκθετική αύξηση της τάξης του 20%+ ετησίως. Από τα νέα φάρμακα που εγκρίθηκαν την πενταετία 2008-2013, το 9% είχε τιμή μεγαλύτερη των 150.000 δολαρίων. Από την άλλη, το ποσοστό των θεραπειών που η τιμή τους ήταν πάνω από 150.000 δολάρια αυξήθηκε στο 47%. Όσον αφορά τη μέση καθαρή τιμή των νέων φαρμάκων, το *net price* δηλαδή, αυξήθηκε από 1.000 δολάρια το 2008 σε 160.000 δολάρια ετησίως το 2021.

Όσον αφορά τη δαπάνη για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, την 20ετία 2000-2020 στην Αμερική τριπλασιάστηκε. Στην Ευρώπη η δαπάνη για αντικαρκινικά φάρμακα υπερδιπλασιάστηκε τη δεκαετία 2008-2018, ενώ σήμερα εξειδικευμένα φάρμακα για χρόνιες σύνθετες και σπάνιες παθήσεις αποτελούν το ήμισυ της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Οπότε υπάρχουν ερωτήματα για τη βιωσιμότητα των φαρμακευτικών δαπανών σε αυτές τις κατηγορίες.

Όσον αφορά την πρόβλεψη, που είναι και το πιο σημαντικό ζήτημα, η παγκόσμια αγορά φαρμάκων προβλέπεται να φτάσει τα 1,8 τρις δολάρια μέχρι το 2026. Από το 2024 ως το 2028 η παγκόσμια δαπάνη για ογκολογικά φάρμακα θα αυξηθεί και θα φτάσει τα 440 δις. Σήμερα η δαπάνη για ογκολογικές θεραπείες είναι 224 δις. Μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια, λοιπόν, θα υπάρξει επιπρόσθετη δαπάνη της τάξεως των 252 δις, δηλαδή υπερδιπλασιασμός. Θα υπάρξει επίσης μια αύξηση έγκρισης νέων ογκολογικών φαρμάκων, τα οποία θα είναι πάνω από 100. Ο ετήσιος ρυθμός αύξησης της δαπάνης θα είναι 14-17% και η συνολική αύξηση της δαπάνης άνω του 100%.

Πάμε να δούμε τώρα την κλινική αξία των φαρμάκων. Τα δεδομένα από τις δεκαετίες του '70 και του '80 δείχνουν ότι μόνο 1 στα 6 με 1 στα 10 φάρμακα, δηλαδή, το 10-16% των νέων φαρμάκων, έχει σημαντικά κλινικά οφέλη, φαρμακολογικά ή θεραπευτικά. Τα ίδια συμπεράσματα προκύπτουν και από πιο πρόσφατες μελέτες και πιο συγκεκριμένα προκύπτουν από αξιολογήσεις σχετικών οργανισμών αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας –τα λεγόμενα HTA bodies– της Γαλλίας και της Γερμανίας, που υποδεικνύουν ότι τα περισσότερα νέα φάρμακα έχουν από μικρό έως ανύπαρκτο κλινικό όφελος. Φυσικά, υπάρχει ένα μικρότερο ποσοστό που προσφέρει σπουδαία ή σημαντική βελτίωση στην υγεία των ασθενών.

Όσον αφορά τα ογκολογικά φάρμακα, συστηματική αξιολόγηση των εγκρίσεων ογκολογικών θεραπειών από τον EMA μεταξύ 2009 και 2013 δείχνει ότι τα περισσότερα φάρμακα εισήλθαν στην αγορά χωρίς στοιχεία κλινικού οφέλους σχετικά με την επιβίωση (*overall survival*) ή την ποιότητα ζωής (*health-related quality of life*). Τι σημαίνει αυτό; ότι τα περισσότερα από αυτά τα νέα ογκολογικά φάρμακα εισήλθαν στην αγορά χρησιμοποιώντας *surrogates* ή *proxy endpoints*, όπως *progression-free survival*, *response rate* κ.ά. Και όχι μόνο αυτό, αλλά στα επόμενα τριάντι χρόνια από τη στιγμή που εισήλθαν στην αγορά, για τα περισσότερα από αυτά, ακόμα δεν υπήρχαν πειστικές ενδείξεις ως προς το προστιθέμενο όφελος στην επιβίωση και την ποιότητα ζωής.

Ποιο είναι το ζήτημα λοιπόν που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας; Ενώ οι ασθενείς θα συνεχίσουν να απαιτούν ταχεία και εύκολη πρόσβαση σε υφιστάμενες και νέες θεραπείες, υπάρχουν νέες θεραπείες οι οποίες συνοδεύονται από εξαιρετικά υψηλή τιμή, και συχνά με περιορισμένα στοιχεία όσον αφορά το κλινικό

όφελός τους καθώς και μεγάλη αβεβαιότητα ως προς την αξία τους. Άρα, χρειάζεται κατ' αρχάς μια αλλαγή νοοτροπίας. Η κυρίαρχη κουλτούρα αυτήν τη στιγμή τροφοδοτεί μια λανθασμένη αντίληψη, ότι καθετί νέο είναι και καλύτερο. Αυτό δεν ισχύει. Υπάρχουν παλιά φάρμακα καθώς και παλιές παρεμβάσεις, όπως ακτινολογικές και ραδιοθεραπείες, που είναι πραγματικά αποτελεσματικές και αποδοτικές. Δεν πρέπει να ξεχνάμε τι υπάρχει ήδη στην αγορά, τι εργαλεία διαθέτουν ήδη οι γιατροί μας.

Πρέπει να ενισχύσουμε την αξιολόγηση των νέων τεχνολογιών υγείας. Πρέπει να αξιολογούμε τις νέες θεραπείες όσον αφορά την κλινική αποτελεσματικότητά τους, δηλαδή αν όντως προσθέτουν σημαντικά κλινικά οφέλη, όσον αφορά την οικονομική τους αποδοτικότητα, δηλαδή το προστιθέμενο κόστος να αξίζει το προστιθέμενο όφελος, και επίσης να τις αξιολογούμε όσον αφορά τη βιωσιμότητά τους, τον αντίκτυπό τους στον προϋπολογισμό, το λεγόμενο *budget impact*. Μια θεραπεία δεν αρκεί να είναι κλινικά αποτελεσματική και αποδοτική· πρέπει να είναι και βιώσιμη ως προς τον προϋπολογισμό.

Εμείς ως Υπουργείο αυτήν τη στιγμή κάνουμε διάφορες δράσεις. Απλώς θα αναφερθώ στις συντονισμένες προσπάθειες που γίνονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο προκειμένου να είμαστε έτοιμοι να εφαρμόσουμε τον νέο κανονισμό HTA το 2025. Αυτός ο νέος κανονισμός θα επιτρέψει συνεργασία για κοινή αξιολόγηση νέων τεχνολογιών υγείας αλλά και επιστημονικής διαβούλευσης και σάρωσης ορίζοντα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, μεταξύ των χωρών. Και θα ξεκινήσει με ογκολογικές θεραπείες και *advanced therapy medicinal products*, όπως κυτταρικές και γονιδιακές θεραπείες. Οπότε προετοιμάζουμε το έδαφος ώστε να είμαστε έτοιμοι ως χώρα να συμμετάσχουμε ενεργά σε αυτόν τον νέο κανονισμό και να κάνουμε συνεργασίες με άλλες χώρες.

Απαιτείται πλέον η χρήση νέων εργαλείων αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας, όπως σάρωση ορίζοντα, όπως ο επιμερισμός κινδύνου και οι συμφωνίες με βάση την έκβαση, δεδομένου ότι έχουμε μεγάλη αβεβαιότητα σε πολλές από αυτές τις νέες θεραπείες. Χρειαζόμαστε μπιρβά ασθενών· δεν μπορούμε να συζητάμε για *risk-sharing agreements* που εστιάζουν στην έκβαση χωρίς να έχουμε μπιρβά ασθενών. Πρέπει να υπάρξει μια καταγραφή των ασθενών και της έκβασης της θεραπείας τους. Και φυσικά υπάρχουν τα λεγόμενα *real world data*, για τα οποία υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον· ωστόσο, πρέπει να βρούμε τον σωστό τρόπο να τα υιοθετήσουμε ως μέρος της αξιολόγησης.

Υπάρχουν και άλλες δομικές αλλαγές τις οποίες πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν όσον αφορά την ενίσχυση της εφοδιαστικής αλυσίδας και τις διαδικασίες αναδιοργάνωσης οργανισμών όπως ο ΕΟΦ και ο ΕΟΠΥΥ. Θα κλείσω λέγοντας ότι αυτήν τη στιγμή είναι προτεραιότητα για το Υπουργείο Υγείας η δόμηση ενός ισχυρού ασθενοκεντρικού συστήματος που θα επιτρέ-

πει κατ' αρχάς να επιτευχθεί μια πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών επιτυγχάνοντας και μια εξισορρόπηση μεταξύ των στόχων υγείας και των στόχων βιομηχανικής πολιτικής. ●



Αμάντα Ψυρρή

Καθηγήτρια Παθολογίας Ογκολογίας Ιατρικής ΕΚΠΑ
Διευθύντρια Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Θα παρουσιάσω μία από τις δραστηριότητες της Κλινικής μας, το πρόγραμμα για επιζώντες από τον καρκίνο (*Survivorship Clinic*), το πρώτο τέτοιο πρόγραμμα στην Ελλάδα.

Είμαι καθηγήτρια Παθολογίας Ογκολογίας ΕΚΠΑ και διευθύντρια της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν», στο οποίο δημιουργούμε ένα νέο εξειδικευμένο κέντρο για τον καρκίνο. Σπούδασα στο Πανεπιστήμιο Yale όπου υπήρξα και επίκουρη καθηγήτρια. Στο πλαίσιο των σημερινών μου αρμοδιοτήτων, προσπαθώ να εισαγάγω νέες ιδέες και δράσεις στην Κλινική μας, με στόχο να ανταποκριθεί στα διεθνή πρότυπα θεραπείας του καρκίνου.

Τι συμβαίνει, λοιπόν, με τους επιζώντες; Γνωρίζουμε ότι οι θεραπείες κατά του καρκίνου έχουν βελτιώσει σημαντικά την πρόγνωση της νόσου. Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με καρκίνο με τις καινοτόμους θεραπείες απολαμβάνει μακροχρόνια επιβίωση ή ίαση. Με αυτές τις νέες θεραπείες, ανοθεραπείες και στοχευόμενες θεραπείες, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, ακόμα και σε μεταστατικό στάδιο, επιβιώνει της νόσου. Πώς, όμως, ορίζουμε τους επιζώντες; Επιζών είναι κάθε ασθενής που διαγιγνώσκεται με καρκίνο κατά τη στιγμή της διάγνωσης του. Έτσι, κάθε νέος καρκινοπαθής θεωρείται επιζών. Είναι γεγονός λοιπόν ότι τα ποσοστά ίασης έχουν βελτιωθεί. Ωστόσο, τα βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης θα πρέπει να συνοδεύονται από βελτίωση στην ποιότητα ζωής, επειδή η ποιότητα ζωής έχει ύψιστη σημασία. Πολλοί ασθενείς επιβιώνουν από τον καρκίνο, αλλά υποφέρουν λόγω της ψυχολογικής επιβάρυνσης της διάγνωσης ή της απώτερης τοξικότητας της θεραπείας. Έχοντας αυτό υπό όψιν μας, προσπαθούμε να ελαχιστοποιήσουμε τις παρενέργειες της θεραπείας, τη μακροπρόθεσμη τοξικότητα, αλλά και τις αναπηρίες που σχετίζονται με τον ίδιο τον καρκίνο.

Δεδομένου, λοιπόν, ότι έχουν γίνει σημαντικά βήματα στη θεραπεία του καρκίνου, ένα νέο ζήτημα πλέον στη φροντίδα μας είναι πώς να διαχειριστούμε τους επιζώντες και την ποιότητα ζωής τους. Αρκετά διεθνή κέντρα καρκίνου έχουν δημιουργήσει κλινικές για επιζώντες. Βεβαίως, είναι πολύ πιο αναπτυγμένα σε σχέση με εμάς. Όταν επισκέφθηκα το 2013 στην Αυστραλία ως προσκεκλημένη ομιλήτρια το Κέντρο Καρκίνου Peter MacCallum στη Μελβούρνη, υπήρχε το Olivia Newton John Centre, ένα κέντρο ολιστικής

φροντίδας για καρκινοπαθείς, όπου οι ασθενείς μπορούσαν να κάνουν θεραπευτική άσκηση και να ζητήσουν συμβουλές σχετικά με τη διατροφή, την ποιότητα του ύπνου, τη διακοπή του καπνίσματος και όλα αυτά τα θέματα που είναι πολύ σημαντικά, πέρα από τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα που σχετίζονται με τη θεραπεία. Εκείνη την εποχή ήμασταν πολύ πίσω, αλλά τώρα νομίζω ότι είμαστε πολύ κοντά στην ανάπτυξη μιας υπερούγχρονης κλινικής για τους επιζώντες στην Ελλάδα.

Βλέπουμε αρκετά κέντρα καρκίνου σε ολόκληρο τον κόσμο και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποτελεί σημαντικό συστατικό της θεραπείας του καρκίνου. Βλέπουμε ότι κέντρα καρκίνου όπως το Royal Marsden, για παράδειγμα, έχουν αναπτύξει ακόμα και κλινικές ομορφιάς που δίνουν συμβουλές περιποίησης και μακιγιάζ στους ασθενείς, μεταξύ άλλων. Εμείς διοργανώσαμε μια εκδήλωση στο Αττικό σε συνεργασία με τη Sephora για τη φροντίδα του δέρματος, παρέχοντας και συμβουλές για το μακιγιάζ. Οι ασθενείς που παρακολούθησαν το σεμινάριο έμειναν πολύ ευχαριστημένοι.

Δημιουργήσαμε, λοιπόν, με την υποστήριξη της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, την πρώτη κλινική για επιζώντες από τον καρκίνο στην Ελλάδα και, όπως φαίνεται, οι ασθενείς μας ήταν πολύ ικανοποιημένοι με αυτήν την πρωτοβουλία. Το πρόγραμμα συντονίζεται από την ακαδημαϊκή υπότροφο δρ. Καλλιόπη Κалаϊτζή, η οποία είναι γιατρός με εξειδίκευση στη φυσική ιατρική και την αποκατάσταση. Πέραν της ειδικότητάς της, είναι πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής του Τρόπου Ζωής, οπότε εκείνη ήταν που εισήγαγε την ιδέα για αυτήν την πρωτοβουλία στην Κλινική μας. Έχει ειδικευθεί στην Ιατρική του Τρόπου Ζωής στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ, έκανε την ειδικότητά της στο Charité στη Γερμανία, όπου οι επιζώντες από τον καρκίνο βρίσκονται στο επίκεντρο της φροντίδας. Ανέπτυξε το πρόγραμμα και τον αλγόριθμο της αξιολόγησης των ασθενών και έχουμε ήδη διαμορφώσει έξι πολύ σημαντικούς πυλώνες. Ο ασθενής δίνει μια συνέντευξη στο πρώτο ραντεβού και γίνεται μια αξιολόγηση σχετικά με τη σωματική του δραστηριότητα, τη διατροφή, τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες, την ποιότητα του ύπνου, τον εθισμό και τα κοινωνικά ζητήματα ή την τοξικότητα που σχετίζεται με τη θεραπεία. Στο νοσοκομείο μας λειτουργεί καρδιο-ογκολογικό τμήμα (Β' Καρδιολογική Κλινική, διευθυντής: καθηγητής Γεράσιμος Φιλιππάτος), με ευρωπαϊκά προγράμματα στην Καρδιολογία και ιατρείο διαταραχών ύπνου (Πνευ-

μονολογική Κλινική - καθηγητής Στέλιος Λουκίδης). Σημαντική συμβολή στο πρόγραμμα παρέχει η διασυνδεδεμένη ψυχιατρική (καθηγητής-διευθυντής Νικόλαος Σμυρνής με την εξαιρετική συνεισφορά στο πρόγραμμα της ψυχιάτρου Νάνσυς Παπαδοπούλου) και η συνεργασία με το Sports Excellence πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης της Ορθοπαιδικής Κλινικής (διευθυντής καθηγητής Παναγιώτης Παπαγγελόπουλος-υπεύθυνος προγράμματος: Αν. καθηγητής Παναγιώτης Κουλουβάρης), που λειτουργεί με την υποστήριξη του ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος». Μετά την αρχική συνέντευξη και την αξιολόγηση των αναγκών του/της, ο/η ασθενής παραπέμπεται στα ειδικά ιατρεία-προγράμματα και μπαίνει σε ένα πρόγραμμα παρακολούθησης και αξιολόγησης της βελτίωσης στους έξι πυλώνες.

Η πρόκληση είναι να αξιοποιήσουμε αυτό το πρόγραμμα και να το επεκτείνουμε σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, διότι πρέπει να δημιουργήσουμε ένα δίκτυο, όχι μονάχα ένα μεμονωμένο πρόγραμμα. Το Υπουργείο Υγείας υποστηρίζει αυτήν την πρωτοβουλία καθώς και η Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ (Πρόεδρος: Καθηγητής Χειρουργικής Νικόλαος Αρκαδόπουλος). ●



Μαρία Αυγουστίδου

Παθολόγος ογκολόγος-Ανακουφιστική Ιατρική
Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

Η ανακουφιστική ιατρική ή ανακουφιστική φροντίδα που ασκείται ως κατ' οίκον υπηρεσία ή σε κάποιες δομές, είναι μια ολιστική προσέγγιση, είναι μια αναγνωρισμένη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας παροχή υπηρεσιών υγείας. Καλύπτει τον ασθενή από την πρωτοδιάγνωση και μάλιστα από τη στιγμή της διάγνωσης όχι μόνο του καρκίνου, αλλά κάθε διάγνωσης που αφορά απειλή για τη ζωή του ανθρώπου και αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο αυτός αντιμετωπίζει το μέλλον του. Καλύπτει επίσης και τον φροντιστή του ασθενούς. Ο στόχος είναι η κάλυψη όχι μόνο των σωματικών προβλημάτων αλλά ισότητα και των ψυχικών, κοινωνικών και πνευματικών. Πρέπει να παρέχεται, λοιπόν, από την αρχή μιας διάγνωσης που αφορά απειλή για τη ζωή και όχι μόνο στο τελικό στάδιο.

Αυτήν τη στιγμή στη χώρα μας έχουμε τρία εξειδικευμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας. Έχουμε 40 ογκολογικά τμήματα και 57 ιατρεία πόνου σε δημόσια νοσοκομεία. Από αυτά τα 57 ιατρεία πόνου κάποια παρέχουν γενικές υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ υπάρχει μόνο ένα εξειδικευμένο κατ' οίκον πρόγραμμα, αυτό το οποίο παρέχει η «Γαλιλαία» στα Σπάτα, όπου έχω την τιμή να δραστηριοποιούμαι.

Στην Ελλάδα περίπου 120.000-135.000 ασθενείς ετησίως χρήζουν τέτοιων υπηρεσιών. Αυτό μεταφράζεται σε 15.000 ασθενείς την ημέρα. Το αξιοπερίεργο είναι ότι άνω του 95% αυτών των ανθρώπων οι οποίοι χρήζουν φροντίδας για σωματικά προβλήματα, για καρκινικό πόνο, για δύσπνοια ή και για ένα κοινωνικό πρόβλημα –όπως η διεκπεραίωση ενός επιδόματος– θα μπορούσε να τύχει φροντίδας με μια κατ' οίκον επίσκεψη, από μια διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από εξειδικευμένο γιατρό ανακουφιστικής, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο.

Από αυτούς λοιπόν τους 120.000 ασθενείς μόνο ένα 3,5% χρήζει όντως εισαγωγής σε κάποια νοσηλευτική δομή ή σε κάποιον ξενώνα (*hospice*). Μια τέτοια δομή είναι η «Γαλιλαία» στα Σπάτα, που είναι η μοναδική στην Ελλάδα και είναι ΜΚΟ.

Για ποιον λόγο τονίζουμε τη σημασία της ανακουφιστικής φροντίδας; Διότι, εάν ενταχθεί έγκαιρα στο υγειονομικό σύστημα, θα μπορέσει να το απαλλάξει από κόστος το οποίο οφείλεται σε μη απαραίτητες θεραπείες, όπως χημειοθεραπείες ή ανοσοθεραπείες και τακτικές εισαγωγές σε νοσοκομεία. Ενώ θα μειώσει την επιβάρυνση για την οικογένεια, ψυχικά ή οικονομικά, καθώς και την επιβάρυνση για το υγειονομικό προσωπικό και φυσικά για το υγειονομικό σύστημα.

Όσον αφορά τα βήματα βελτίωσης που πρέπει να γίνουν, το πρώτο είναι να αναγνωριστεί η ανακουφιστική φροντίδα ως μια εξειδικευμένη παροχή υγείας, όπως αναγνωρίζεται σε όλο τον δυτικό κόσμο. Έχουν γίνει κάποια βήματα μεν, αλλά δεν υπάρχει ξεκάθαρο νομοθετικό πλαίσιο το οποίο να την αναγνωρίζει, να προβλέπει πώς θα εκπαιδεύονται οι υγειονομικοί σε αυτήν, καθώς επίσης να προβλέπει και ένα μέρος της χρηματοδότησης· δεν μιλάμε για εξ ολοκλήρου κρατική χρηματοδότηση, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το γερμανικό μοντέλο, όπου το 70-80% είναι κρατική χρηματοδότηση και το υπόλοιπο από χορηγίες.

Το επόμενο βήμα είναι να εκπαιδεύσουμε τους υγειονομικούς για να καλύψουμε αυτές τις ανάγκες. Υπάρχει επαρκές προσωπικό, αλλά χρειάζεται η εκπαίδευση 4.000 υγειονομικών, γιατρών, νοσηλευτών, ψυχο-ογκολόγων κ.ά. Το θέμα είναι να βρεθεί ένα πλαίσιο εκπαίδευσης και συστηματοποίησης.

Θα κλείσω λέγοντας ότι όλες αυτές οι προσπάθειες ξεκίνησαν από τη Cicely Saunders, η οποία τόνιζε ότι δεν έχει σημασία μόνο αν θα ζήσουμε ή θα πεθάνουμε, αλλά έχει τεράστια σημασία και η αξιοπρέπεια με την οποία θα φύγουμε από αυτόν τον κόσμο και ο τρόπος που θα φύγουμε, μέχρι την τελευταία αναπνοή μας. ●



Νίκη Τσούμα

Πρόεδρος ΔΣ & διευθύνουσα σύμβουλος, ΗΔΙΚΑ
(Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης)

Θα μιλήσω για την αξία της ψηφιοποίησης σε σχέση με την πρόληψη. Είμαστε χαρούμενοι και υπερήφανοι που τα τελευταία δύο χρόνια τρέξαμε μαζί με το Υπουργείο Υγείας μια δράση προληπτικής ιατρικής για μαστογραφίες σε επιλεγμένες ομάδες γυναικών. Αυτό σημαίνει ότι με τη βοήθεια της τεχνολογίας κατέστη εφικτό να φτάσει σε κάθε γυναίκα που έπρεπε να κάνει μαστογραφία ένα έτοιμο παραπεμπτικό. Μέχρι τώρα η πρόληψη αφορούσε κάποιους κανόνες, κάποια σποτάκια στην τηλεόραση και μέχρι εκεί.

Σε αυτήν τη δράση, λοιπόν, βρέθηκαν ακριβώς όσες γυναίκες έπρεπε, με βάση τους ιατρικούς κανόνες, να κάνουν προληπτική μαστογραφία. Δημιουργήθηκαν έτοιμα παραπεμπτικά για αυτές τις μαστογραφίες, τα οποία είτε στάλθηκαν με sms και mail στους ατομικούς λογαριασμούς αυτών των γυναικών, είτε ήταν έτοιμα στο σύστημα της συνταγογράφησης και ο θεράπων γιατρός ή ο πρώτος γιατρός στον οποίο πήγαινε η ασθενής μπορούσε να της τυπώσει και να της δώσει το παραπεμπτικό της εξέτασης.

Αρα λοιπόν δεν είναι μόνο η ειδοποίηση, ήταν ότι πήγε σε καθεμιά από αυτές τις γυναίκες ένα έτοιμο παραπεμπτικό. Με αυτό το παραπεμπτικό μπορούσε να πάει –και μπορεί να πάει, γιατί η δράση τρέχει ακόμη– για το διάστημα ενός έτους σε οποιοδήποτε διαγνωστικό κέντρο να κάνει τη μαστογραφία. Από εκεί και πέρα, ανάλογα με το αποτέλεσμα της εξέτασης της μαστογραφίας που το διαγνωστικό κέντρο καταχώριζε, ανάλογα με τον τύπο του BIRADS, όπως λέγεται, ήταν έτοιμο και ένα παραπεμπτικό για υπερηχογράφημα, δηλαδή για περαιτέρω εξέταση, αν υπήρχε εύρημα. Συνεπώς, όλη αυτή η δράση έγινε πολύ εύκολη, χωρίς γραφειοκρατία, και έφτασε μέχρι το κινητό κάθε γυναίκας που έπρεπε να κάνει αυτήν την εξέταση.

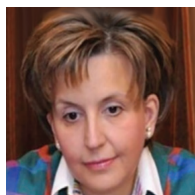
Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: σε σύνολο 300.000 μαστογραφιών που έγιναν, είχαμε 60.000 αποτελέσματα με BIRADS 0, 212.000 αποτελέσματα με BIRADS 1 και 2 και 19.900 αποτελέσματα με BIRADS 3. Οι γυναίκες που ανήκαν στην τελευταία ομάδα έπρεπε να κάνουν υπέρηχο.

Θεωρώ ότι ήταν –και είναι– μια επιτυχημένη δράση στον τομέα της πρόληψης. Τα βήματα είναι απλά, ψηφιοποιημένα και έτοιμα στο κινητό του δικαιούχου. Επίσης, υπάρχει μια ιστοσελίδα στην οποία ο καθένας μπορεί να δει ποιοι γιατροί και ποια διαγνωστικά κέντρα είναι συμβεβλημένα με το πρόγραμμα. Συνεπώς, όλη η πληροφορία είναι άμεσα διαθέσιμη.

Συνεχίζουμε τη δράση της πρόληψης και για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και για την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Με τον ίδιο εύκολο και απλό τρόπο οι πολίτες που οι γιατροί μας υποδεικνύουν θα μπορούν να έχουν πρόσβαση στο παραπεμπτικό, έτσι ώστε να μπορούν να πάνε κατευθείαν στο διαγνωστικό κέντρο και να κάνουν τις εξετάσεις τους.

Παράλληλα, είμαστε μαζί με το Υπουργείο Υγείας στην ευχάριστη θέση να πούμε ότι το έργο του ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας των ογκολογικών-αιματολογικών ασθενών είναι στη φάση της υπογραφής της σχετικής σύμβασης.

Εδώ ο στόχος μας είναι να υλοποιήσουμε τεχνικά: α) το Εθνικό Μητρώο των Νεοπλασματικών Νοσημάτων και των ασθενών, β) ένα πλήρες ογκολογικό-αιματολογικό πληροφοριακό σύστημα για τα ογκολογικά νοσοκομεία της χώρας, έτσι ώστε με έναν συγκεκριμένο και ενιαίο τρόπο να έχουν τα εργαλεία που χρειάζονται ώστε να περιθάλπουν τους ογκολογικούς ασθενείς, γ) ένα σύστημα εποπτείας και ανάλυσης δεδομένων και υποστήριξης λήψης αποφάσεων, που είναι πολύ χρήσιμο για τους γιατρούς μας, δ) ψηφιακά εργαλεία για την υποστήριξη των ασθενών και ε) το εργαλείο του πολυεπιστημονικού συμβούλου υποστήριξης των ομάδων των γιατρών, έτσι ώστε οι γιατροί οι οποίοι κάνουν τα ογκολογικά τους συνέδρια για την πορεία ενός ασθενούς κ.λπ. να μπορούν γρήγορα –και με έγκυρα δεδομένα– να συνεχίσουν το έργο τους. ●



Όλγα Σίσκου

Επίκουρη καθηγήτρια
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, όσον αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς, να αφουγκραστούμε τα προβλήματά τους σε όλες τις διαστάσεις και να μη μένουμε μόνο στα σωματικά συμπτώματα. Είναι σημαντικό να τεθεί ο ασθενής στο επίκεντρο της φροντίδας, στο επίκεντρο της λήψης των αποφάσεων που έχουν να κάνουν με τη φροντίδα του σε κλινικό επίπεδο. Αυτό διασφαλίζει ότι κατά τον σχεδιασμό της υγειονομικής φροντίδας λαμβάνονται υπ' όψιν οι πραγματικές του ανάγκες, οι βιωματικές του εμπειρίες καθώς και οι προτιμήσεις του, παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει κανονικά να καθοδηγούν την κλινική πράξη όπως και τις πολιτικές υγείας.

Μέσω λοιπόν μιας τέτοιας πρακτικής αναμένουμε ότι θα υπάρξει βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι υπηρεσίες υγείας προφανώς θα είναι προσαρμοσμένες στις πραγματικές ανάγκες, με βελτιωμένα αποτελέσματα. Η εμπειρία και η ακαδημαϊκή έρευνα έχουν δείξει ότι μια τέτοια πρακτική συμβάλλει και στην εξασφάλιση αυξημένου βαθμού προσήλωσης των ασθενών στη θεραπεία, καθώς αισθάνονται οι ίδιοι ότι είναι μέρος ενός πλάνου φροντίδας και έχουν συμμετάσχει στη διαμόρφωση αυτού του πλάνου. Οι πολιτικές υγείας είναι πιο αποτελεσματικές εφόσον έχουν λάβει υπ' όψιν τους τις πραγματικές ανάγκες υγείας των ασθενών.

Το κρίσιμο ερώτημα είναι πώς μπορούμε να επιτύχουμε την ουσιαστική συμμετοχή των ασθενών στους μηχανισμούς που έχουν να κάνουν με τον σχεδιασμό της φροντίδας υγείας. Ξεκινώντας από το ερευνητικό επίπεδο, αυτό μπορεί να γίνει όταν σχεδιάζουμε μελέτες οι οποίες λαμβάνουν από τα πρώτα στάδια του σχεδιασμού υπ' όψιν τους τις ίδιες τις ανάγκες των ασθενών και όταν, πολύ περισσότερο, τέτοιου είδους ερευνητικές προσπάθειες και πρακτικές έχουν μια χρονική συνέχεια, είναι επαναλαμβανόμενες, έχει αναπτυχθεί ένας μηχανισμός συνεχούς παρακολούθησης των βιωματικών αναγκών των ασθενών και της συμμετοχής τους – και δεν γίνονται απλώς σε μια *ad hoc* βάση. Και βεβαίως πολύ σημαντικό είναι να διαδίδονται αυτά τα αποτελέσματα, τα ευρήματα τέτοιων μελετών, τόσο στα επιστημονικά μέσα όσο και σε μέσα τα οποία είναι ευκολότερα προσβάσιμα από τους ίδιους τους ασθενείς – και με τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων εύληπτο από το ευρύτερο κοινό.

Η εκπαίδευση και η ενδυνάμωση έχουν πρωτεύοντα ρόλο όσον αφορά τη γνώση των δικαιωμάτων των ασθενών, και από τους ίδιους αλλά και από τους επιστήμονες, τους επαγγελματίες υγείας. Όπως επίσης

πρωτεύοντα ρόλο έχουν και οι πολιτικές και τα μέτρα ενθάρρυνσης της ενεργούς συμμετοχής των ασθενών σε τέτοιου είδους δράσεις. Ένα παράδειγμα μιας τέτοιας δράσης είναι η διακρατική μελέτη PaRIS, η οποία συντονίζεται από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και σε εθνικό επίπεδο υλοποιείται υπό τον συντονισμό του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, τα στελέχη του οποίου λειτουργούν ως οι *national project managers*. Καθοριστική είναι η συνδρομή του Υπουργείου Υγείας, το οποίο έχει εξασφαλίσει τη χρηματοδότηση για αυτήν τη μελέτη. Και εδώ διευκρινίζουμε ότι η χρηματοδότηση αναφέρεται στις αμοιβές που οφείλουμε ως χώρα να καταβάλλουμε στον ΟΟΣΑ – τόσο οι *national project managers* όσο και οι υπόλοιποι εμπλεκόμενοι φορείς λειτουργούν σε εθελοντική βάση. Να εξάρουμε επίσης τη συμβολή της ΗΔΙΚΑ, χωρίς την οποία θα ήταν αδύνατη η υλοποίηση αυτής της μελέτης, καθώς ανέλαβε όλη την εργασία της αποστολής των sms προς τους ασθενείς, όπως επίσης και του ΟΔΙΠΥ, του φορέα για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, που ανέλαβε τον τομέα της επικοινωνίας.

Πρόκειται λοιπόν για μια μελέτη η οποία έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση των βιωματικών εμπειριών των ασθενών από το σύστημα υγείας, των γνώσεών τους σχετικά με τη διαχείριση θεμάτων υγείας, των συμπεριφορών τους για θέματα υγείας, όπως επίσης και την αποτύπωση αυτοαναφερόμενων αποτελεσμάτων υγείας μετά τη λήψη σχετικών υπηρεσιών. Απώτερος στόχος των συντονιστών της μελέτης είναι να αναπτυχθεί ένας κοινός πυρήνας δεικτών που θα χρησιμοποιείται από όλες τις χώρες –τουλάχιστον τις χώρες που συμμετείχαν σε αυτήν την προσπάθεια πιλοτικά– ώστε, σε βάθος χρόνου, να υπάρχει αυτή η αποτύπωση με έναν κοινό τρόπο, να υφίσταται η δυνατότητα διακρατικής αλλά και διαχρονικής αξιολόγησης αυτών των ευρημάτων και να θεσπιστεί, κατά κάποιον τρόπο, ένας μηχανισμός που συστηματικά θα λαμβάνει υπ' όψιν του την οπτική των ασθενών.

Έχουν ολοκληρωθεί τόσο η πιλοτική όσο και η κύρια φάση αυτής της μελέτης. Εκ μέρους της Ελλάδας συμμετείχαν σε αυτήν την προσπάθεια πάνω από 1.500 ασθενείς καθώς και περίπου 80 γιατροί – γιατί παράλληλα αποτυπωνόταν και η οπτική των γιατρών που κούρασαν αυτούς τους ασθενείς. Με μεγάλο ενδιαφέρον περιμένουμε το αμέσως προσεχές διάστημα τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης, τα οποία θα δοθούν από τον ΟΟΣΑ και σε επόμενες δραστηριότητες θα έχουμε τη χαρά να τα μοιραστούμε.

Η πρόκληση σε αυτές τις προσπάθειες είναι να συνεχιστεί η συλλογή τέτοιου είδους δεδομένων, με έναν συστηματικό τρόπο –κατά το παρελθόν το υπουργείο είχε δεσμευθεί προς αυτήν την κατεύθυνση– ώστε να διασφαλιστεί και σε εθνικό επίπεδο η ύπαρξη ενός ανάλογου μηχανισμού ο οποίος θα λαμβάνει υπ' όψιν του τις βιωματικές εμπειρίες των ασθενών και τις αυτοαναφερόμενες αξιολογικές τους κρίσεις, σε σχέση με την αποτελεσματικότητα που είχαν οι διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις στους ίδιους και σε σχέση με τις προσδοκίες που είχαν από το σύστημα υγείας.

Η ευχή είναι αυτά τα ευρήματα να ενσωματωθούν στην καθημερινή κλινική πράξη όπως επίσης και στις πολιτικές υγείας. ●



Πάρις Κοσμίδης

Διευθυντής της Β' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Υγεία»
Πρώην πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παθολογικής Ογκολογίας (ESMO)

Πρέπει να παραδεχθούμε ότι στη χώρα μας περνάμε μια από τις πιο γόνιμες περιόδους για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Ως κλινικός ογκολόγος μπορώ να επιβεβαιώσω αυτό που ελέχθη προηγουμένως για τις νέες, καινοτόμους θεραπείες: οι ασθενείς μας έχουν πρόσβαση σε όλα τα καινοτόμα φάρμακα, ανεξάρτητα από το κόστος· έχουν τη δυνατότητα να πάρουν και την πιο ακριβή θεραπεία, ακόμα και θεραπείες που δεν έχουν κυκλοφορήσει ακόμα, κάτι που δεν είναι αυτονόητο σε άλλες χώρες. Επομένως, αυτό για το οποίο πολλοί άνθρωποι στον χώρο μας αγωνίστηκαν χρόνια έχει επιτευχθεί – και θεωρώ ότι είναι μια κατάκτηση των ασθενών μας και των συλλόγων τους.

Η εξέλιξη της ογκολογίας μάς έχει φέρει στην ευάριστη θέση να έχουμε πολλούς ασθενείς που ζουν χρόνια και έχουν γίνει και τελείως καλά· αυτοί που λέμε *survivors*, επιβίωσαντες. Αυτοί είναι μια μεγάλη ομάδα, περίπου 30 εκατομμύρια στην Ευρώπη και άλλοι τόσοι περίπου στην Αμερική – και αυξάνονται. Είναι μια ξεχωριστή ομάδα ανθρώπων οι οποίοι έχουν περάσει το ταξίδι του καρκίνου και πολλοί από αυτούς έχουν αποθεραπευτεί, αλλά κουβαλούν ορισμένα στίγματα, από τη θεραπεία ή τον ίδιο τον καρκίνο, τόσο ψυχικά όσο και σωματικά. Αυτός είναι ο λόγος που προηγμένες κοινωνίες έχουν δημιουργήσει πλέον κλινικές για αυτούς τους ανθρώπους.

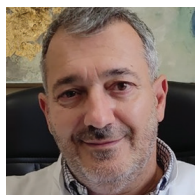
Και είναι πράγματι πολύ σημαντικό το ότι δημιουργήθηκε τέτοια κλινική για τους ενήλικες και στη χώρα μας – για τα παιδιά και τους εφήβους που επιβίωσαν από τον καρκίνο υπάρχει εδώ και αρκετά χρόνια, στο νοσοκομείο «Μπτέρα». Είναι πράγματι μια πρωτοβουλία αξιέπαινη και άξια προς μίμηση, ώστε να δημιουργηθούν και άλλα κέντρα.

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι ένα κομμάτι της ογκολογικής φροντίδας. Κάποια στιγμή, οι περισσότεροι ασθενείς έχουν την ανάγκη τέτοιας φροντίδας. Και έχουν γίνει πάρα πολλές συζητήσεις σχετικά με το ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος. Κάποιες κοινωνίες αποφάσισαν να δημιουργήσουν οίκους, νοσοκομεία ή *hospices* για αυτούς τους ανθρώπους. Άλλες κοινωνίες θεωρούν ότι αυτό είναι ένα γκέτο, το οποίο ίσως δεν είναι και το πιο κατάλληλο από ψυχολογικής απόψεως, και θεωρούν ότι η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί ίσως ύψιστο αγαθό. Υπάρχουν τα υπέρ και τα κατά· εγώ θεωρώ ότι και τα δύο μοντέλα είναι απαραίτητα, σε μια καλά ζυγισμένη αναλογία, ανάλογα και με το σύστημα υγείας που υπάρχει σε κάθε χώρα.

Είναι πολύ σημαντική η ψηφιοποίηση των ογκολογικών υπηρεσιών, μια εξέλιξη την οποία παρακολουθούμε. Μία από αυτές τις υπηρεσίες, βεβαίως, είναι η πρόληψη. Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού με τη μαστογραφία έχει μια έντονη παρουσία στα μέσα ενημέρωσης και νομίζω ότι αυτό είναι καλό, γιατί προβάλλεται η σημασία της εκπαίδευσης του κοινού. Τα παλιότερα χρόνια, όταν γίνονταν κάποιες δράσεις μέσω της Αντικαρκινικής Εταιρείας και πηγαίναμε σε διάφορα μέρη της Ελλάδας, μετά από ειδοποίηση του δημάρχου, του νομάρχη, του κοινοτάρχη, και φτάναμε στο σημείο με το αυτοκινούμενο που είχαμε, βλέπαμε ότι οι περισσότερες γυναίκες είχαν φύγει από το χωριό. Έχουν αλλάξει τα πράγματα, δεν είναι έτσι τώρα, άρα πρέπει να εστιάσουμε αρκετά στην ενημέρωση για την αξία της πρόληψης. Και βεβαίως να μη μείνουμε μόνο στον μαστό, υπάρχει και η πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου κ.λπ.

Διάβασα πρόσφατα στην *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως* για την οργάνωση του αρχείου νεοπλασιών, το οποίο είναι ένα μεγάλο επίτευγμα. Ήμουν στην πρώτη επιτροπή στην οποία πάρθηκε η απόφαση να γίνει –και άρχισε να γίνεται– το αρχείο νεοπλασιών, το 1985, αν αυτό λέει κάτι. Θυμίζω ότι η πρώτη κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα έγινε από το νοσοκομείο «Μεταξά» το 1980, το οποίο και φρόντισε πολλούς ασθενείς με καρκίνο στην ευρύτερη περιοχή και τα νησιά. Καταργήθηκε το πρόγραμμα αυτό μερικά χρόνια αργότερα, ελλείψει πόρων.

Θέλω να ολοκληρώσω λέγοντας ότι όλα αυτά είναι σημαντικά επιτεύγματα και ότι έχουμε λόγους να είμαστε πιο χαρούμενοι, αλλά επειδή το ταξίδι του ασθενούς με καρκίνο είναι μακρύ και περνάει από πολλά «τοπία» και επειδή η όλη διεργασία της ογκολογίας είναι μια συνεχόμενη διεργασία, θα πρέπει μεταξύ των υγειονομικών αρχών να υπάρχει μια σκυταλοδρομία· να υπάρχει μια συνέχεια, με αποφασιστικό τρόπο. Οι υγειονομικές αρχές θα πρέπει να συμβουλευούνται ένα εθνικό κέντρο νεοπλασιών, ένα συντονιστικό όργανο δηλαδή το οποίο θα μπορεί να χαράσσει τη στρατηγική, και βεβαίως την πολιτική να την εφαρμόζει το Υπουργείο Υγείας. ●



Αθανάσιος Κωτσάκης

Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας

Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής ΠΓΝ Λάρισας

Φαίνεται ότι ο καρκίνος είναι πλέον κάτι πολύ συχνό, έχει τη μορφή της επιδημίας. Αυτό πρέπει να το συνειδητοποιήσουμε όλοι, και οι γιατροί και η πολιτεία και οι ασθενείς. Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε τις δυσκολίες που προκύπτουν. Η αίσθησή μου είναι ότι ζούμε σε μια εποχή η οποία μας μπερδεύει όλο και περισσότερο. Από τη μία, όντως παρέχουμε πολύ καλύτερες υπηρεσίες στους ογκολογικούς ασθενείς σε σχέση με παλαιότερα. Βέβαια έχουμε πλέον και ειδικότητα, έχουν αλλάξει τα πράγματα σε σχέση με 20-25 χρόνια πίσω. Από την άλλη, υπάρχει το ζήτημα του κόστους· έχουμε κόστος για την πρόληψη, για τη διάγνωση, για τη θεραπεία, για την αποθεραπεία, για τα *hospices*. Πρέπει να δούμε πώς θα ξεπεράσουμε αυτά τα προβλήματα ώστε να μπορούμε να προσφέρουμε τις κατάλληλες υπηρεσίες στους ασθενείς μας.

Έχουμε λοιπόν εδώ δύο διαφορετικά πράγματα. Από τη μία, δεν μας έλειψε φάρμακο όλο αυτό το διάστημα, ακόμα και την περίοδο των μνημονίων, αυτή τη δύσκολη οικονομικά περίοδο για την Ελλάδα· δεν έλειψε φάρμακο ούτε από τα δημόσια ούτε από τα ιδιωτικά νοσοκομεία και αυτό είναι σημαντικό. Από την άλλη, βέβαια, έχουμε ένα τεράστιο πρόβλημα στη διαγνωστική προσπέλαση των ασθενών μας, με όλους αυτούς τους βιοδείκτες που απαιτούνται για να πάνε στην εξατομικευμένη ιατρική.

Θέλω απλώς να το τονίσω· εγώ πραγματικά δεν ξέρω πώς να εξηγήσω στους ασθενείς ότι θα πάρουν το φάρμακο, αλλά δεν θα έχουν τους βιοδείκτες και θα πρέπει να πληρώσουν οι ίδιοι για αυτούς. Είμαστε σε μια εποχή που μιλάμε για εξατομικευμένη ιατρική, *big data*, μετα-αναλύσεις, για το πόση είναι η επιβίωση συνολικά και ξέρουμε ότι κάθε ασθενής έχει διαφορετικό νόσο, άρα πρέπει να εξατομικεύσουμε.

Εφόσον λοιπόν γνωρίζουμε όλα αυτά τα πράγματα σήμερα, πρέπει να δούμε ποιες θα είναι οι λύσεις. Και νομίζω ότι αυτό είναι που θα πρέπει να συζητάμε τα επόμενα χρόνια. ●



Thomas Hofmarcher

Οικονομολόγος με ειδίκευση στην υγεία
Σουηδικό Ινστιτούτο Οικονομικών της Υγείας (IHE)

Το Σουηδικό Ινστιτούτο Οικονομικών της Υγείας διεξάγει ένα διεθνές έργο με στόχο την παρακολούθηση και τη βελτίωση της φροντίδας του καρκίνου στις ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και τη διευκόλυνση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών. Ο στόχος είναι να δημιουργηθούν «Πίνακες ελέγχου του καρκίνου» (cancer dashboards) για συγκεκριμένες χώρες. Η πρώτη φάση αυτού του έργου περιλαμβάνει 6 χώρες, με την Ελλάδα να είναι μία από αυτές.

Η ιδέα με τους πίνακες ελέγχου του καρκίνου είναι να καθιερωθεί ένα πλαίσιο παρακολούθησης που να καλύπτει ολόκληρο το φάσμα της φροντίδας του καρκίνου. Θα πρέπει να περιλαμβάνει σχετικούς δείκτες για διαφορετικούς τομείς φροντίδας του καρκίνου, ακολουθώντας τους τέσσερις πυλώνες του Ευρωπαϊκού Σχεδίου Καταπολέμησης του Καρκίνου. Αυτό περιλαμβάνει δείκτες για την πρόληψη, όπως το ποσοστό καπνίσματος ή το ποσοστό εμβολιασμού κατά του HPV. Για την έγκαιρη διάγνωση, θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα ποσοστά συμμετοχής σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Για τη διάγνωση και τη θεραπεία, θα μπορούσε να περιλαμβάνει τη διαθεσιμότητα ιατρικού προσωπικού, ιατρικού εξοπλισμού, φαρμάκων. Για την επιβίωση, θα μπορούσε να περιλαμβάνει δείκτες για υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας και υπηρεσίες αποκατάστασης.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν δείκτες που σχετίζονται με τους γενικούς στόχους της φροντίδας του καρκίνου, που είναι η μείωση της εμφάνισης καρκίνου, της θνησιμότητας από τη νόσο, καθώς και η βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών και των επιζώντων σε κάθε χώρα. Δείκτες για την οικονομική επιβάρυνση από τον καρκίνο θα πρέπει επίσης να συμπεριληφθούν.

Ένας πίνακας ελέγχου του καρκίνου θα πρέπει να δείχνει την τρέχουσα κατάσταση καθώς και την πρόσφατη δυναμική ως προς τους διάφορους δείκτες. Ως προς την υφιστάμενη κατάσταση, μπορεί να πηγαίνει και πέρα από την καταγραφή ενός απλού αριθμού, καταγράφοντας επιπλέον πόσο απέχει η υφιστάμενη κατάσταση από τις εθνικές ή διεθνείς τιμές-στόχους. Για παράδειγμα, το ποσοστό εμβολιασμού κατά του HPV στα κορίτσια στην Ελλάδα είναι περίπου 40-50%, ενώ η τιμή-στόχος που ορίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή είναι 90%. Επίσης, ο πίνακας ελέγχου θα πρέπει να απεικονίζει εάν οι πρόσφατες εξελίξεις δείχνουν ότι οδεύουμε προς τη σωστή κατεύθυνση, για παράδειγμα αν πλησιάζουμε την τιμή-στόχο ή αν απομακρυνόμαστε.

Αυτήν τη στιγμή δημιουργούμε μια πρώτη έκδοση ενός πίνακα ελέγχου του καρκίνου για την Ελλάδα και ελπίζουμε να τη δημοσιεύσουμε αργότερα το 2024. Ελπίζουμε ότι αυτό το έργο μπορεί να ενθαρρύνει το Υπουργείο Υγείας στην Ελλάδα και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς να αρχίσουν να παρακολουθούν την απόδοση του συστήματος φροντίδας του καρκίνου σε συστηματική βάση. Ελπίζουμε επίσης ότι το έργο μας μπορεί να εμπνεύσει προτεραιότητες για τη μελλοντική εισαγωγή ενός Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου του Καρκίνου στην Ελλάδα. ●



Ζένια Σαριδάκη-Ζώρα

Παθολόγος ογκολόγος

Πρόεδρος ΔΣ της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)

Διευθύντρια, Α' Ογκολογική Κλινική Metropolitan Hospital Αθήνα

Επιστημονική υπεύθυνη Ογκολογικού Τμήματος «Ασκληπιός ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ», Ηράκλειο Κρήτης

Οι προτεραιότητες για τον καρκίνο στην Ελλάδα αποτελούν σημαντικό μέρος της υγειονομικής ατζέντας, με την Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος (ΕΟΠΕ) να διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσπαθειών. Οι βασικές προτεραιότητες της ΕΟΠΕ επικεντρώνονται στη διασφάλιση της υψηλότερης ποιότητας παροχής θεραπευτικής φροντίδας προς τους ασθενείς σε συνεργασία με την πολιτεία σε διάφορα επίπεδα.

Συγκεκριμένα:

1. Ψηφιοποίηση της υγείας και της ογκολογίας

Με την πρόσφατη υπουργική απόφαση για το Εθνικό Μπρώο Ασθενών με Νεοπλασματικές Ασθένειες, πραγματοποιείται ένα σημαντικό βήμα προς την ψηφιοποίηση και ολοκληρωμένη διαχείριση της πληροφορίας στον τομέα της ογκολογίας. Η υποχρεωτική εφαρμογή, η δυνατότητα αναδρομικής εφαρμογής, η ψηφιοποίηση μέσω ΗΔΙΚΑ και η διασύνδεση με άλλες ηλεκτρονικές υπηρεσίες είναι καθοριστικά χαρακτηριστικά που το μπρώο ογκολογικών ασθενών θα πρέπει να έχει.

Η διαχείριση του καρκίνου απαιτεί σύγχρονες λύσεις που να προάγουν την ολοκληρωμένη περίθαλψη του ογκολογικού ασθενούς. Η ΕΟΠΕ, παρακολουθώντας στενά τις εξελίξεις και τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, προωθεί τη χρήση νέων καινοτόμων εργαλείων στη σύγχρονη ψηφιακή εποχή. Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ογκολογικού Ασθενούς (ΗΦΟΑ) αποτελεί τέτοιο εργαλείο, προσφέροντας σημαντική υποστήριξη στην κλινική ογκολογία.

Η χρήση του ΗΦΟΑ και του Μπρώου Ασθενών προωθούν την επιστημονική έρευνα, επιτρέποντας τη χρήση ανωνυμοποιημένων δεδομένων προς όφελος της κοινωνίας. Για την ουσιαστική χρησιμοποίησή τους, απαιτείται υποχρεωτική εφαρμογή και διασύνδεση με ιατρικές πράξεις, λαμβάνοντας υπόψη την αποζημίωση για το υγειονομικό προσωπικό που θα επιτελεί αυτό το έργο.

2. Επικαιροποίηση λίστας συνταγογραφούμενων βιοδεικτών

Μέσω των βιοδεικτών, οι οποίοι είναι συγκεκριμένοι μοριακοί δείκτες, προβλεπτικοί και προγνωστικοί, καθίσταται εφικτή η εξατομικευμένη θεραπεία. Η εξατομικευμένη θεραπεία έχει τη δυνατότητα να προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες μοριακές ιδιαιτερότητες του καρκίνου κάθε ασθενούς, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται μέγιστη αποτελεσματικότητα με ελάχιστες παρενέργειες.

Οι πρώτοι βιοδείκτες ενσωματώθηκαν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πριν από μία δεκαετία. Οι ταχύτερες επιστημονικές πρόοδοι στην υγεία και την ογκολογία καθιστούν την επικαιροποίηση της λίστας αυτής επιτακτική ανάγκη, για την ισότιμη πρόσβαση όλων σε όλα, μια και οι βιοδείκτες είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με τη σωστή ογκολογική θεραπεία.

3. Εδραίωση κουλτούρας και πραγματικότητας πρόληψης στην Ελλάδα

Σημαντική είναι επίσης η edραίωση μιας κουλτούρας πρόληψης στην Ελλάδα, με εκστρατείες ευαισθητοποίησης για τους κινδύνους και τα μέτρα πρόληψης για τα διάφορα είδη καρκίνου (ιδίως τα πιο συχνά). Είναι σημαντικό να ενισχυθούν οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού (ακόμη και από τις μικρές ηλικίες) για την προαγωγή ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (μη έναρξη καπνίσματος ή διακοπή καπνίσματος, μείωση κατανάλωσης αλκοόλ, σωστή διατροφή και άσκηση), αλλά και η σημασία της διαβίωσης σε ένα καθαρό περιβάλλον (η ρύπανση ως επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση καρκίνου αναδεικνύεται τώρα τελευταία όλο και περισσότερο). Η ενημέρωση/εκπαίδευση του κοινού και η προώθηση των τακτικών προσυμπτωματικών ελέγχων και εξετάσεων μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση της επίπτωσης του καρκίνου ή στη διάγνωση νέων περιπτώσεων σε αρχικά στάδια, όπου οι πιθανότητες αντιμετώπισης ή/και πλήρους ίασης είναι ιδιαίτερα υψηλές.

4. Θεραπευτικά πρωτόκολλα και πρόσβαση σε ογκολογικές θεραπείες

Η πρόσβαση στην ορθή ογκολογική θεραπεία αποτελεί καίριο στοιχείο στη διαχείριση της νόσου, όμως στην καθημερινή κλινική πρακτική εντοπίζουμε προκλήσεις που οφείλονται σε έλλειψη φαρμάκων, καθυστερήσεις στην υιοθέτηση καινοτόμων θεραπειών. Η πρόσβαση των ασθενών στη θεραπεία αποτελεί θεμέλιο λίθο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου.

Για τον λόγο αυτόν, επιβάλλεται η απλοποίηση των διαδικασιών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και του συστήματος ηλεκτρονικής προέγκρισης (Σ.Η.Π.). Η υιοθέτηση μέτρων όπως η άπαξ έγκριση θεραπειών, η συνέχιση ίδιας θεραπείας χωρίς ανανέωση μέσω νέων αιτημάτων στο Σ.Η.Π., η εξαίρεση έγκρισης μέσω Σ.Η.Π. των παλαιών, φθινών εκτός ένδειξης φαρμάκων, η άμεση διευθέτηση των ελλείψεων φαρμάκων και η ενσωμάτωση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων της ΕΟΠΕ στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση με τη θεσμική απο-



δοχή τους από το Υπουργείο Υγείας, αποτελούν βελτιωτικές κινήσεις υψίστης σημασίας για τους ασθενείς μας.

5. Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, ενίσχυση εκπαίδευσης και προώθηση συνεργασίας για την έγκαιρη ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου

Η ενίσχυση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και θεραπεία του καρκίνου αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη βελτίωση της γενικότερης υγείας του πληθυσμού. Η αναβάθμιση των υγειονομικών υποδομών αποτελεί βασική προτεραιότητα, προσφέροντας τη δυνατότητα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου σε πρώιμα στάδια. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου ενισχύει τις πιθανότητες επιτυχούς θεραπείας και μειώνει το κόστος των μετέπειτα θεραπειών παρεμβάσεων, εφόσον σε αυτήν την περίπτωση οι θεραπευτικές επιλογές είναι πιο αποτελεσματικές και οι αντίστοιχες δαπάνες σημαντικά χαμηλότερες.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον καρκίνο αποτελεί κλειδί για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου περίθαλψης. Η συνεχής επιμόρφωσή τους στις νέες επιστημονικές εξελίξεις στον τομέα της ογκολογίας ενισχύει την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές προκλήσεις της νόσου. Αντίστοιχα, η προώθηση της συνεργασίας ενισχύει την ανταλλαγή γνώσεων και προάγει τις συντονισμένες προσπάθειες για την αντιμετώπιση του καρκίνου, επιταχύνοντας την ενσωμάτωση των τελευταίων επιστημονικών εξελίξεων στην κλινική πράξη.

Συνολικά, αυτή η προσέγγιση συμβάλλει στην εξασφάλιση ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής φροντίδας για τους ασθενείς με καρκίνο, βελτιώνοντας την έκβαση της νόσου και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

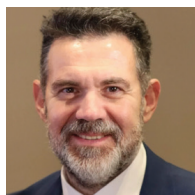
6. Προώθηση της έρευνας στον καρκίνο στη χώρα μας

Η μεταφραστική και η κλινική έρευνα αναδεικνύεται ως κρίσιμη πτυχή στη μάχη κατά του καρκίνου στην Ελλάδα, αφού ο καρκίνος αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου και επηρεάζει άμεσα την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού. Η στήριξη και προώθηση της έρευνας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη προηγμένων θεραπειών και διαγνωστικών μεθόδων, προσφέροντας καινοτόμους θεραπευτικές προσεγγίσεις και βελτιώνοντας τη θεραπεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η προώθηση της έρευνας στη χώρα μας επιτρέπει την αξιολόγηση νέων φαρμάκων και θεραπειών, οι οποίες μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές και λιγότερο επιβαρυντικές για τους ασθενείς. Η συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές παρέχει στους ιατρούς και το ιατρικό προσωπικό πρόσβαση σε νέες πληροφορίες και εκπαίδευση, ενισχύοντας τις γνώσεις τους. Αυτό διευκολύνει την προσαρμογή τους στις επιστημονικές προόδους και ενισχύει την ενημέρωσή τους για τα διαρκώς εξελισσόμενα

δεδομένα της κλινικής ογκολογίας, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Με τη συνεργασία μεταξύ ερευνητών, ιατρών και φαρμακευτικών εταιρειών σε επίπεδο κλινικών μελετών, η έρευνα στον καρκίνο στην Ελλάδα συμβάλλει στη διαμόρφωση προηγμένων θεραπευτικών στρατηγικών και στη βελτίωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών. ●



Γιώργος Καπετανάκης

Πρόεδρος ΔΣ

Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου-ΕΛΛΟΚ

Το 4ο Ετήσιο Συνέδριο για τον Καρκίνο ολοκληρώθηκε με υψηλού κύρους ομιλητές και συμμετέχοντες, οι οποίοι κατάφεραν να αποδώσουν την εικόνα της ογκολογικής περίθαλψης σήμερα στη χώρα μας, αλλά και τις προοπτικές και την αποφασιστικότητα της πολιτικής ηγεσίας να προχωρήσει στα αναγκαία βήματα για τον μετασχηματισμό της φροντίδας του καρκίνου.

Το 2024 ξεκίνησε με μια αναπάντεχη δυναμική, καθώς η νέα ηγεσία του Υπουργείου Υγείας έθεσε από νωρίς ψηλά τον πήχη με την υπογραφή της υπουργικής απόφασης για τη δημιουργία Εθνικού Μητρώου Νεοπλασιών και την εξαγγελία για την ανάπτυξη ενός εθνικού σχεδίου δράσης για τον καρκίνο.

Κλείνοντας τις εργασίες του συνεδρίου, θα αναφερθώ στις προτεραιότητες που αφορούν την αντιμετώπιση του καρκίνου την τρέχουσα χρονιά και οι οποίες αποτελούν μία ακόμα πρόκληση, ώστε να δούμε του χρόνου τέτοιον καιρό τι από αυτά θα έχει υλοποιηθεί:

1. Η ανάπτυξη προγραμμάτων εμβολιασμού, έγκαιρης ανίχνευσης και προσυμπτωματικού ελέγχου.
2. Η βελτίωση της πρόσβασης σε ποιοτικές καινοτόμους θεραπείες.
3. Η ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας.
4. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων και η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στη φροντίδα του καρκίνου.
5. Η προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, που μπορεί να μειώσει τις περιπτώσεις καρκίνου κατά 30-50%.
6. Η πρόταση της ψυχικής υγείας, η οποία πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος του μονοπατιού της θεραπείας και της φροντίδας του καρκίνου.
7. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός της ογκολογικής φροντίδας, ο οποίος βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη.
8. Η υποστήριξη της επιβίωσης και επανένταξης στην κοινωνία.
9. Η χρηματοδότηση της φροντίδας του καρκίνου.
10. Η ενίσχυση των συνεργασιών με το διεθνές οικοσύστημα του καρκίνου. ●

Ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-Τι γνωρίζουμε;

Παρουσίαση:
 Ηρόδοτος, Αλέξανδρος και Σωτηρία-Φανή δε γράφει με τη δική τους την ιστορία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα και διερευνάει ποσοτικά την πρόκληση. (Lazarou et al. 2012, Lazarou et al. 2013)

Ηρόδοτος Αλέξανδρος και Σωτηρία-Φανή έχουν εργαστεί σε διάφορες υπηρεσίες κέντρων υγείας σε συνεργασία με τις πιο σημαντικές επιδημιολογικές και κλινικές υπηρεσίες. (Lazarou et al. 2012, Lazarou et al. 2013)

Ηρόδοτος Αλέξανδρος και Σωτηρία-Φανή έχουν εργαστεί με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας της ΠΕΕΕ μετά από τη μετακίνησή τους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα μεθοδολογία αλλαγής της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. (Lazarou et al. 2012, Lazarou et al. 2013)

Ηρόδοτος Αλέξανδρος και Σωτηρία-Φανή έχουν εργαστεί με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα μεθοδολογία αλλαγής της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. (Lazarou et al. 2012, Lazarou et al. 2013)

ECONOMIST
IMPACT

Fourth annual summit

Greece's determination to fight cancer

The achievements • The obstacles • The European reality



Under the scientific auspices of
ΕΟΠΕ

Under the auspices of
ΕΛΛΟΚ

Supported by
MSD

Under the scientific auspices of
ΕΟΠΕ

Under the auspices of
ΕΛΛΟΚ

Supported by
MSD





Unit development: Digital agency: **hazlis & rivás**

Supporter: **NTS** **ESF**

Online communication sponsor: **hazlis & rivás** **via**

Communication sponsor: **TA SIRA** **TA SIRA** **hazlis & rivás**

Academic partner: **TELECOMMUNICATIONS PROVIDER: hrv** **LOGISTICS SUPPLIER: hrv**

Event sponsor: **affidea** **Contributor: Medtronic**

Supporting organisations: **EONPE** **ELLQK** **MSD**

Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-Τι γνωρίζουμε;

Τι γνωρίζουμε

- 1. Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι οι βασικές προτεραιότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- 2. Η διάγνωση του καρκίνου είναι μια διαδικασία που απαιτεί την ενεργή συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του.
- 3. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα και σε λιγότερο κόστος.
- 4. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα και σε λιγότερο κόστος.

hazlis & rivás
Research Impact Events for Greece
Cyprus, Malta and south-east Europe



Supporting organisations



Supported by



Bronze sponsor



Contributor



Academic partner



Telecommunications provider



Logistics supplier



Communication sponsors



Online communication sponsor



Communication supporters



ΑΘΗΝΑΪΚΟ - ΜΑΚΕΔΟΝΙΚΟ
ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ ΕΙΔΗΣΕΩΝ

Supporters



Web development



Digital agency



Hazlis & Rivas: Official and Exclusive Representative of Economist Impact Events for Greece, Cyprus, Malta and south-east Europe

43 Poseidonos Ave., 174 55, Alimos, Athens - Greece | Tel.: (+30) 210 94 08 750 | E-mail: info@hazliseconomist.com

www.hazliseconomist.com | www.cancersummit2024.economist.com

Economist Impact Events for Greece, Cyprus, Malta and southeast Europe @Economist_Impact_SEUR

Economist Impact SE Europe Events Economist Impact SE Europe Events economistimpact_seeurope