

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

**Η ΑΤΖΕΝΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΜΕΤΑ-COVID ΚΟΣΜΟ:
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΕΝΑΝ «ΑΕΡΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ»**

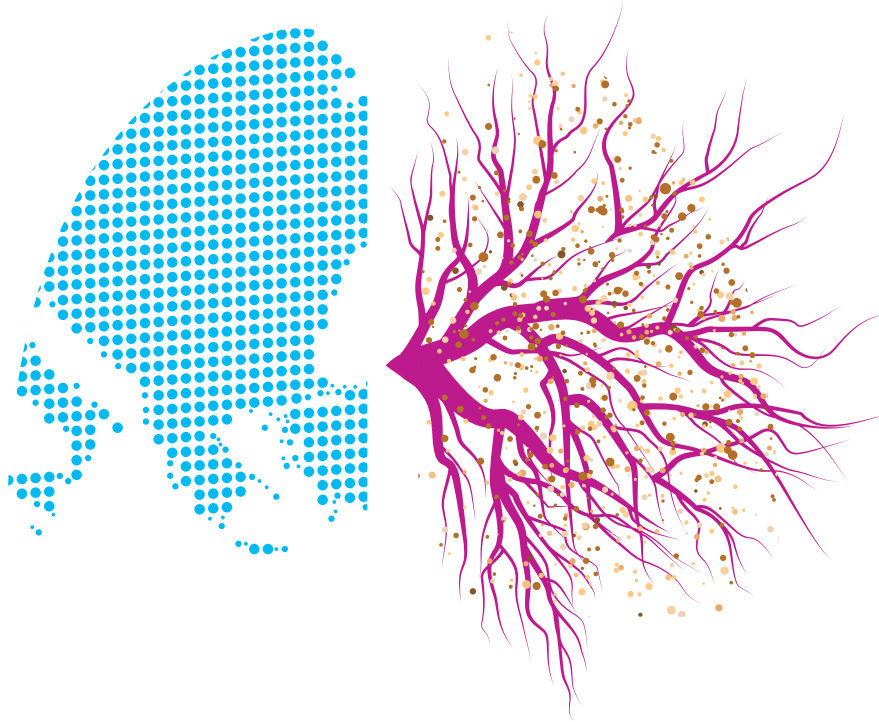
2 Μαρτίου 2021

Hazlis & Rivas Communications
The Economist Events for Greece, Cyprus, Malta and SE Europe
www.hazliseconomist.com
LinkedIn: The Economist SE Europe Events
YouTube: The Economist SE Europe Events
Facebook: The Economist Events for Greece, Cyprus, Malta and southeast Europe

©2021 Hazlis & Rivas Communications Limited, επίσημη αντιπρόσωπος των Εκδηλώσεων του Economist για την Ελλάδα, την Κύπρο, την Μάλτα και την Νοτιοανατολική Ευρώπη. Όλα τα δικαιώματα προστατεύονται σύμφωνα με το ν. 2121/1993 για την Πνευματική Ιδιοκτησία, ως ισχύει κάθε φορά. 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 φωτοανατύπωσή του με οποιοδήποτε τρόπο, χωρίς την προηγούμενη άδεια της Hazlis & Rivas.

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΩΝ

Όπου εκφράζονται πεποιθήσεις είναι αυτές των συγγραφέων 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 αναλαμβάνει καμία ευθύνη για οποιαδήποτε ανεξαιρέτως ζημία προκύψει από τη δημοσίευσή τους μέσω αυτού.



Πρακτικά συνεδρίου

**Η ΑΤΖΕΝΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
ΣΕ ΕΝΑΝ ΜΕΤΑ-COVID ΚΟΣΜΟ:
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΕΝΑΝ «ΑΕΡΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ»**



hazlis & rivas
The Economist Events for Greece,
Cyprus, Malta and southeast Europe

Με την υποστήριξη της:





THE ECONOMIST EVENTS

Στα Συνέδρια του Economist τίθενται σφαιρικά τα ζητήματα της παγκόσμιας ατζέντας και εξετάζονται πολύπτυχα. Αναγνωρίζονται σε όλο τον κόσμο ως κορυφαίος διοργανωτής φόρουμ υψηλού επιπέδου για ανώτερα και ανώτατα στελέχη καθώς και για υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Κάθε συνέδριο ενθαρρύνει την ανοιχτή σκέψη και τον γόνιμο διάλογο θέτοντας τα κατάλληλα ερωτήματα. Οι ομιλητές επιλέγονται για τις γνώσεις τους, την εμπειρία τους και την ικανότητά τους να λαμβάνουν μέρος σε ανοιχτές συζητήσεις. Τα Συνέδρια του Economist διοργανώνονται σε περισσότερες από 50 χώρες στον κόσμο. Ως μέλος του The Economist Group, τα συνέδρια ακολουθούν τις ανεξάρτητες αρχές του και συμμερίζονται τη δέσμευσή του για ενημερωμένη, αμερόληπτη και έγκυρη συζήτηση.

events.economist.com

HAZLIS & RIVAS

ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ THE ECONOMIST EVENTS ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΤΗΝ ΚΥΠΡΟ, ΤΗ ΜΑΛΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΑ ΕΥΡΩΠΗ

Η Hazlis & Rivas είναι ο επίσημος εκπρόσωπος των The Economist Events για την Ελλάδα, την Κύπρο και τη ΝΑ Ευρώπη και διοργανώνει τα τελευταία 27 χρόνια υψηλού επιπέδου συνέδρια με τη συμμετοχή μελών κυβερνήσεων και εκπροσώπων από τον χώρο των επιχειρήσεων, της οικονομίας, των επιστημών και του πολιτισμού από ολόκληρο τον κόσμο.

Επίσης, μεταφράζει, επιμελείται και εκδίδει στα Ελληνικά κατά αποκλειστικότητα την ειδική ετήσια έκδοση αναλύσεων και προβλέψεων του *The Economist* για την επόμενη χρονιά «Ο Κόσμος το...», αναλαμβάνοντας επιπρόσθετα τη σύνταξη ειδικών ενοτήτων που αφορούν την Ελλάδα και την Κύπρο.

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 385 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 αριθμεί σήμερα 200 μέλη.

Για την επίτευξη του σκοπού της η Εταιρεία:

- Διοργανώνει δράσεις εκπαίδευσης, ενημέρωσης και έρευνας στα κακοήθη 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 26 πανελλήνια/ελληνικά συνέδρια Κλινικής Ογκολογίας, 5 διεθνή, 3 διεταιρικά, 6 θεματικά, 7 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 της Ογκολογίας (www.neaeope.gr), τα κοινωνικά δίκτυα (Facebook, LinkedIn, Twitter, Instagram κ.ά.) και το επιστημονικό ηλεκτρονικό περιοδικό *Forum of Clinical Oncology* (<https://content.sciendo.com/view/journals/fco/fco-overview.xml>).



MSD

MSD Inventing for Life

Για περισσότερο από έναν αιώνα, η MSD, γνωστή ως Merck & Co, με έδρα το Kenilworth στις ΗΠΑ, κατέχει ηγετική θέση ανάμεσα στις παγκόσμιες βιοφαρμακευτικές εταιρείες, παραμένοντας πιστή στο όραμά της να σώζει και να βελτιώνει τις ζωές των ανθρώπων. Με οδηγό το πάθος για νέες ανακαλύψεις και επιστημονική αριστεία, προσφέρει λύσεις σε μερικά από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας παγκοσμίως μέσω των καινοτόμων θεραπειών και των εμβολίων που αναπτύσσει.

Τα τελευταία χρόνια επικεντρώνεται στην ανάπτυξη καινοτόμων θεραπειών για τον **καρκίνο**, τα **λοιμώδη νοσήματα**, την αντιμετώπιση της **μικροβιακής αντοχής**, ενώ παράλληλα εστιάζει στην ανάγκη της πρόληψης μέσω του χαρτοφυλακίου των **εμβολίων** που διαθέτει. Την τρέχουσα περίοδο, περισσότερες από 1.000 κλινικές δοκιμές βρίσκονται σε εξέλιξη για περισσότερους από 30 τύπους καρκίνου στις οποίες περιλαμβάνονται οι αντικαρκινικές θεραπείες της MSD. Όραμα της εταιρείας είναι να δώσει στους ασθενείς περισσότερες επιλογές αντιμετώπισης, καλύτερη ποιότητα ζωής και περισσότερα υγιή χρόνια.

Στα **λοιμώδη νοσήματα** η MSD έχει μακρά ιστορία που ξεπερνάει τα 100 χρόνια. Από την ανάπτυξη ενός εκ των πρώτων αντιβιοτικών έως την πρωτοποριακή έρευνα στην επιστήμη του HIV, η εστίαση ήταν πάντα στην πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών που απειλούν ανθρώπους και κοινότητες σε όλο τον κόσμο. Πρόσφατα, το 2020, η MSD δεσμεύτηκε να επενδύσει 100 εκατομμύρια δολάρια για 10 χρόνια στο νέο AMR Action Fund. Μέσω αυτής της πρωτοποριακής συνεργασίας κορυφαίων φαρμακευτικών εταιρειών, φιλανθρωπιών, αναπτυξιακών τραπεζών και άλλων οργανισμών, ο στόχος είναι να εισαχθούν δύο έως τέσσερα νέα αντιβιοτικά μέχρι το τέλος της δεκαετίας.

Τα **εμβόλια** είναι άλλος ένας σημαντικός τομέας δραστηριοποίησης της MSD, με την εταιρεία να ανακαλύπτει και να αναπτύσσει εμβόλια τα οποία βοηθούν στην πρόληψη σημαντικών νοσημάτων για περισσότερα από 100 χρόνια.

Το 2020 με την έλευση της πανδημίας, η εταιρεία ανέπτυξε νέο ερευνητικό πρόγραμμα για την **covid-19** και οι προσπάθειες της εταιρείας στοχεύουν εκεί που δύνανται να έχουν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο. Επί του παρόντος, η MSD εστιάζει στην ανάπτυξη ενός αντι-ιικού υποψήφιου φαρμάκου σε συνεργασία με τη Ridgeback Biotherapeutics, ενώ συνεργάζεται στην παραγωγή του εμβολίου covid-19 της Johnson & Johnson.

Η MSD στην Ελλάδα

Από το 2010, η MSD συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, διευκολύνει την πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμα φάρμακα και προστατεύει τη δημόσια υγεία από σοβαρές ασθένειες. Παράλληλα, φροντίζει η δραστηριότητά της να έχει θετικό αντίκτυπο στην κοινωνία και στο περιβάλλον που αναπτύσσεται, υλοποιώντας ενέργειες που συνεισφέρουν σε μια βιώσιμη Ελλάδα και αναπτύσσοντας συνεργασίες που επενδύουν στην παραγωγικότητα και στην ανάπτυξη της χώρας. Στην Ελλάδα διαθέτει θεραπείες στην ογκολογία, την ανοσολογία, τα λοιμώδη νοσήματα, τον διαβήτη και την καρδιολογία και συνεργάζεται με τον όμιλο BIANEΞ ήδη από το 1983 για τη διάθεση μιας σειράς σκευασμάτων. Τα εμβόλια που κυκλοφορεί στην Ελλάδα προστατεύουν από 15 νοσήματα εκ των συνολικά 18 που περιλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού Παιδιών, Εφήβων και Ενηλίκων της χώρας μας.

Το 2020 η MSD έκλεισε 10 χρόνια συνεχόμενης παρουσίας στην Ελλάδα και γιόρτασε την επέτειο αυτήν με την έκδοση ενός ένθετου, στο οποίο συμμετείχαν σημαντικοί εκπρόσωποι της πολιτικής υγείας και ενός podcast του Σταύρου Θεοδωράκη στο οποίο μίλησαν τέσσερις επαγγελματίες υγείας για τις εμπειρίες τους, τη συνεργασία τους με τους Έλληνες ασθενείς και μοιράστηκαν τις ελπίδες και τις εκτιμήσεις τους για την πανδημία.

Με πυξίδα της μια υγιέστερη κοινωνία, το 2019 εγκαινίασε το πρόγραμμα Εταιρικής Υπευθυνότητας **“Life Matters”**. Μέσα από τις ενέργειες που υλοποιούνται, πρόθεση είναι η βελτίωση της υγείας των Ελλήνων πολιτών, η στήριξη της τοπικής κοινωνίας, η προστασία του περιβάλλοντος αλλά και η ευημερία των εργαζομένων. Το 2021 το κύριο πρόγραμμα της εταιρείας σκοπεύει στην πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα μέσω της πρόληψης του καπνίσματος. Έχει αποδέκτες μαθητές της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και αναπτύσσεται σε συνεργασία με το Quality Net και την ΕΟΠΕ. Στο ίδιο πλαίσιο, η εταιρεία στηρίζει με δράσεις εθελοντισμού 14 Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς.

Τέλος, η MSD παρέχει ένα από τα καλύτερα εργασιακά περιβάλλοντα στην Ελλάδα και έχει πιστοποιηθεί από το Great Place to Work. Απασχολεί πάνω από 180 εργαζομένους, με τους οποίους μοιράζεται το όραμα για τη βελτίωση της ζωής των ανθρώπων, ενσωματώνοντας στην κουλτούρα της θεμελιώδεις αξίες, όπως η συνεργασία, η ενδυνάμωση των ομάδων, η εμπιστοσύνη, η ακεραιότητα και η διαρκής εξέλιξη και μάθηση.

Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.msd.gr και να ακολουθήσετε τον λογαριασμό MSD Greece στο Twitter, στο LinkedIn, στο YouTube και στο Facebook.



Πρόγραμμα συνεδρίου

(Οι ομιλητές αναφέρονται με την ιδιότητα με την οποία συμμετείχαν στο συνέδριο)

Τρίτη, 2 Μαρτίου 2021

10:00 Υποδοχή από την προεδρεύουσα - αρχική παρουσίαση

ΑΝΑΠΝΕΟΝΤΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΕΠΟΧΗ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

Μια ειδική μελέτη του The Economist Intelligence Unit

Mary Bussell, επικεφαλής προγράμματος Lung Cancer in Europe, συγγραφέας μελέτης «Αναπνέοντας σε μια νέα εποχή:

Μια συγκριτική ανάλυση των πολιτικών για τον καρκίνο του πνεύμονα στις χώρες της Ευρώπης», συνεργάτης του The Economist Intelligence Unit

10:25 Συζήτηση

10:30 Διάλειμμα

10:40 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

- Η τρέχουσα κατάσταση στην υπόλοιπη Ευρώπη
- Υιοθετώντας καλές πρακτικές από το εξωτερικό

Με τη ματιά του LuCE

Alfonso Aguarón, project manager, Lung Cancer Europe

Προσυμπτωματικός έλεγχος μέσω αξονικής τομογραφίας χαμηλής ακτινοβολίας

Helmut Prosch, αναπληρωτής καθηγητής Ακτινολογίας και επικεφαλής θωρακικής απεικόνισης, Ιατρικό Πανεπιστήμιο της Βιέννης

Η αξία των βιοδεικτών για τις υγειονομικές υπηρεσίες

Άννα Μπατιστάου, καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας, πρόεδρος τμ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Παθολογικής Ανατομικής

Nicola Normanno, πρόεδρος του Διεθνούς Δικτύου Ποιότητας για την Παθολογία (IQN Path), πρόεδρος της Ιταλικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (SIC)

11:15 Συζήτηση

11:35 Διάλειμμα

11:45 ΟΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΑΝΑΠΝΕΟΝΤΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΕΠΟΧΗ

Στέλλα Κυριακίδου, Επίτροπος Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

11:55 Συζήτηση

12:00 Διάλειμμα

12:10 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- Παρουσίαση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο του Πνεύμονα στην Ελλάδα
- Η επίδραση των ευρωπαϊκών κλινικών πρακτικών σε εθνικό επίπεδο
- Η σημασία των Πραγματικών Δεδομένων και των Μητρώων στην ιατρική βάση δεδομένων
- Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με τις διαγνωστικές και παραπεμπτικές οδούς
- Πολιτικές για την ενίσχυση της συμμετοχής ασθενών σε κλινικές δοκιμές

Ιωάννης Μπουκοβίνας, ογκολόγος παθολόγος, επιστημονικός υπεύθυνος της Ογκολογικής Μονάδας της BIOCLINIC, Θεσσαλονίκη και πρόεδρος της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος (ΕΟΠΕ)

Πάρις Κοσμίδης, διευθυντής, Β' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία», πρώην πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ιατρικής Ογκολογίας (ESMO)

Αναστάσιος Μπούτης, παθολόγος ογκολόγος, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σοφία Αγγελάκη, αναπληρώτρια καθηγήτρια Παθολογικής Ογκολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, παθολόγος ογκολόγος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

13:05 Συζήτηση

13:20 Διάλειμμα

13:30 **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ ΜΕΡΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΝΟΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ**

- Η ανταπόκριση δημοσίου και ιδιωτικού τομέα
- Ποιοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί και διαδικασίες μπορούν να εξασφαλίσουν επαρκείς πόρους;

Βασίλης Κοντοζαμάνης, αναπληρωτής υπουργός Υγείας

Δημήτριος Φιλίππου, πρόεδρος του ΕΟΦ και πρόεδρος της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων

Μίνα Γκάγκα, συντονίστρια διευθύντρια της 7ης Πνευμονολογικής Κλινικής του ΓΝΘΑ «Η Σωτηρία» και πρόεδρος του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)

Συμπροεδρεύουσα: **Εύη Χατζηανδρέου**, ειδική σε θέματα δημόσιας υγείας, αντιπρόεδρος, FairLife Lung Cancer Car

14:00 Συζήτηση

14:25 Διάλειμμα

14:35 **ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΑΣΘΕΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

Εφαρμόζοντας μια ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα του καρκινοπαθούς
Δημήτριος Παπαγεωργίου, νοσηλεύτης, προϊστάμενος Ογκολογικής Κλινικής,

Ευρωκλινική Αθηνών, πρόεδρος Τ.Ν.Ο. ΕΣΝΕ, επισκέπτης καθηγητής, τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Η απόκριση των ασθενών

Καίτη Αποστολίδου, πρόεδρος ΔΣ Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.), μέλος ΔΣ, Ευρωπαϊκή Συμμαχία Ασθενών με Καρκίνο (ECPC)

Ζωή Γραμματόγλου, πρόεδρος Συλλόγου Καρκινοπαθών, Εθελοντών, Φίλων και Ιατρών Κ.Ε.Φ.Ι.

Κορίνα Μπελ-Πατέλη, πρόεδρος, FairLife-Φροντίδα και Πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα (βιντεοσκοπημένο μήνυμα)

Εύη Χατζηανδρέου, ειδική σε θέματα δημόσιας υγείας, αντιπρόεδρος, FairLife Lung Cancer Care

15:00 Συζήτηση

15:20 Τέλος εργασιών ημερίδας

Τα δικαιώματα για την ημερίδα και το παρόν πρόγραμμα ανήκουν στην εταιρεία Hazlis & Rivas, επίσημο και αποκλειστικό εκπρόσωπο των The Economist Events for Greece, Cyprus, Malta and southeast Europe. Κανένα μέρος του παρόντος προγράμματος δεν μπορεί να αναπαραχθεί χωρίς την άδεια των διοργανωτών.



Ομιλητές κατά αλφαβητική σειρά:

Σοφία Αγγελάκη	σελ. 48
Alfonso Aguaron	σελ. 24
Καίτη Αποστολίδου	σελ. 60
Mary Bussell	σελ. 11
Μίνα Γκάγκα	σελ. 56
Ζωή Γραμματόγλου	σελ. 62
Βασίλης Κοντοζαμάνης	σελ. 52
Πάρις Κοσμίδης	σελ. 43
Στέλλα Κυριακίδου	σελ. 30
Άννα Μπατιστάτου	σελ. 25
Κορίνα Μπελ-Πατέλη	σελ. 64
Ιωάννης Μπουκοβίνας	σελ. 32
Αναστάσιος Μπούτης	σελ. 46
Nicola Normanno	σελ. 26
Δημήτριος Παπαγεωργίου	σελ. 59
Δημήτριος Φιλίππου	σελ. 54
Εύη Χατζηανδρέου	σελ. 66



Mary Bussell

Επικεφαλής προγράμματος, Lung Cancer in Europe
Συγγραφέας της μελέτης του The Economist Intelligence Unit
“Breathing in a New Era: a comparative analysis of lung cancer policies across Europe”

ΑΝΑΠΝΕΟΝΤΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΕΠΟΧΗ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

Παρουσίαση κατά τη διάρκεια της διαδικτυακής ημερίδας
«Η ατζέντα της Ελλάδας για τον καρκίνο του πνεύμονα σε έναν μετα-covid κόσμο:
Ανάγκη για έναν “αέρα ανανέωσης”»

Η μελέτη “Breathing in a New Era: a comparative analysis of lung cancer policies across Europe” [Αναπνέοντας σε μια νέα εποχή: Μια συγκριτική ανάλυση των πολιτικών για τον καρκίνο του πνεύμονα στις χώρες της Ευρώπης] διεξήχθη από το The Economist Intelligence Unit, που υπάγεται στον όμιλο του *The Economist*. Η έρευνά μας εστιάζει στην αξιολόγηση των αναγκών που δεν έχουν αντιμετωπιστεί εντός των συστημάτων υγείας και των αντίστοιχων ευκαιριών για βελτίωση. Στόχος μας είναι η ανάδειξη και βελτίωση των προοπτικών για τους ανθρώπους που ζουν με καρκίνο του πνεύμονα, μέσω της ενίσχυσης των προσπαθειών για βελτίωση των σχεδίων κατά του καρκίνου και των εθνικών πολιτικών σε 27 χώρες της Ευρώπης και 9 χώρες της περιοχής Ασίας-Ειρηνικού.

Η πρωτοβουλία μας αυτή έχει διευρύνει τη γνώση και έχει ενισχύσει τον διάλογο γύρω από τις προτεραιότητες για τη βελτίωση της φροντίδας υγείας σε κάθε χώρα. Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε πώς τα διαφορετικά πλαίσια πολιτικής εν μέρει οδηγούν σε διαφορές όσον αφορά την έκβαση του καρκίνου του πνεύμονα, ώστε να ενημερώσουμε τους διαμορφωτές πολιτικής, τις υγειονομικές αρχές και συνολικά την κοινωνία σχετικά με τα πιο επείγοντα ζητήματα και να προτείνουμε ένα πλαίσιο δράσεων για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Κατά την έρευνά μας συλλέξαμε δεδομένα σε εθνικό επίπεδο, ώστε να καταστεί εφικτή η σύγκριση από χώρα σε χώρα. Κάποιες χώρες, όμως, δεν διαθέτουν δεδομένα σε εθνικό επίπεδο. Κάποιες έχουν εντελώς αποκεντρωμένα συστήματα υγείας, ενώ άλλες επιτρέπουν τη λήψη ορισμένων αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο. Αναλύσαμε συνολικά 17 μετρήσιμους δείκτες, ομαδοποιημένους σε 5 τομείς. Κι ενώ εντοπίσαμε καλές πρακτικές σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, καμία χώρα και κανένας τομέας δεν απέσπασε υψηλή βαθμολογία σε όλους τους σχετικούς δείκτες.

Τα εργαστήρια που διεξήγαμε σε κάθε χώρα μάς επέτρεψαν να εστιάσουμε με μεγαλύτερη λεπτομέρεια στα ζητήματα της κάθε χώρας, δίνοντάς μας τη δυνατότητα να διερευνήσουμε τις διαφορές εντός της χώρας αυτής. Συναντήσαμε πάνω από 200 ιατρούς, συλλόγους ασθενών, διαμορφωτές πολιτικής και λήπτες υπηρεσιών, οι οποίοι ποτέ δεν είχαν καθίσει όλοι μαζί γύρω από ένα τραπέζι. Η όλη ενέργεια και οι συζητήσεις ήταν κάτι το συναρπαστικό. Στη Φινλανδία, η γενική διευθύντρια του Ινστιτούτου Υγείας και Ευζωίας μας ανακοίνωσε ότι ο καρκίνος του πνεύμονα θα αποτελούσε πλέον πολύ υψηλότερη προτεραιότητα για τη χώρα της.

Υπάρχει πλέον το momentum για μια μεγάλη αλλαγή.

Ο πρώτος υπό διερεύνηση τομέας αφορούσε τον καρκίνο του πνεύμονα ως στρατηγική προτεραιότητα: εδώ εστιάσαμε στο κατά πόσον η νόσος αποτελεί εθνική προτεραιότητα. Εξετάσαμε το Εθνικό Σχέδιο κατά του Καρκίνου που έχει εκπονήσει το Υπουργείο Υγείας κάθε χώρας, το οποίο φανερώνει την αναγνώριση, εκ μέρους της χώρας, της ανάγκης για προτεραιοποίηση της νόσου και αντιμετώπιση της επιβάρυνσής της από τον καρκίνο.

Τα καλά Σχέδια περιέχουν λεπτομέρειες όσον αφορά την προτεραιοποίηση και τον συντονισμό των προγραμμάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ευαισθητοποίησης του κοινού, της πρόληψης, της πρώιμης διάγνωσης και της θεραπείας. Τα Σχέδια υψηλής ποιότητας επικαιροποιούνται τακτικά και θέτουν ρεαλιστικούς στόχους, περιέχοντας λεπτομέρειες για την ορθή εφαρμογή τους και τις κατάλληλες, επαρκείς και σαφώς προσδιορισμένες πηγές χρηματοδότησής τους. Χωρίς ένα τέτοιο Σχέδιο, οι όποιες συντονισμένες δράσεις πιθανότατα θα είναι περιορισμένες.

Η Ελλάδα δεν έχει επικαιροποιήσει το Εθνικό της Σχέδιο κατά του Καρκίνου από το 2011. Το σχέδιο αυτό δεν περιέχει ένα πλάνο υλοποίησης και δεν αναφέρει τις πηγές χρηματοδότησής του. Επιπλέον, η κυβέρνηση και το Υπουργείο Υγείας της χώρας δεν έχουν δημοσιοποιήσει ένα εξειδικευμένο σχέδιο κατά του καρκίνου του πνεύμονα.

Οι Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες (ΚΚΟ) διαμορφώνονται από ιατρούς της εκάστοτε ειδικότητας και σε ορισμένες χώρες εγκρίνονται επισήμως και από το Υπουργείο Υγείας. Εξετάσαμε αν υπάρχουν σχετικές ολοκληρω-



μένες ΚΚΟ για τον καρκίνο του πνεύμονα, γιατί αυτές αποτελούν το πρώτο και βασικό σημείο αναφοράς για τους κλινικούς ιατρούς κατά την παροχή της φροντίδας προς τον ασθενή. Βοηθούν επίσης στη διαμόρφωση εθνικών δεικτών αναφοράς, οι οποίοι μπορούν να περιορίσουν τυχόν διαφοροποιήσεις στην παρεχόμενη φροντίδα, καθώς κατευθύνουν τις αποφάσεις των θεραπόντων ιατρών. Πρέπει, συνεπώς, οι ΚΚΟ να είναι λεπτομερείς και χρήσιμες ως οδηγός για την κλινική πράξη, τυποποιώντας τα πρότυπα της παρεχόμενης φροντίδας, και να περιλαμβάνουν όλες τις θεραπευτικές παραμέτρους, παρέχοντας σαφώς οριζόμενες οδούς φροντίδας, χρονοδιαγράμματα και δείκτες ποιότητας.

Παρότι οι ΚΚΟ θέτουν δείκτες αναφοράς και ενισχύουν τη λογοδοσία για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, δεν μπορούν να εγγυηθούν την παροχή της φροντίδας που περιγράφουν. Μπορούν να εμφανιστούν αποκλίσεις μεταξύ των όσων συστήνει μια ΚΚΟ και εκείνων που συμβαίνουν στην κλινική πράξη, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μη λαμβάνουν πάντοτε την κατάλληλη φροντίδα.

Οι ΚΚΟ υψηλής ποιότητας που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες πρέπει να περιλαμβάνουν συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την πρώιμη διάγνωση αλλά και όλα τα στάδια έως και τη χορήγηση θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής υποστήριξης και της παρηγορητικής-ανακουφιστικής φροντίδας των ασθενών. Ιδεωδώς, θα πρέπει να περιγράφουν τη λειτουργία διεπιστημονικών ομάδων φροντίδας και να διασφαλίζουν τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων. Η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων από κοινού με τους ιατρούς πρέπει να αποτελεί μέρος της όλης πορείας του εντός της νόσου, όμως οι ΚΚΟ στην Ελλάδα προβλέπουν μια τέτοια συμμετοχή μόνον στην περίπτωση επιπλοκών. Επίσης, οι ελληνικές ΚΚΟ δεν περιλαμβάνουν συστάσεις σχετικά με την παρηγορητική-ανακουφιστική φροντίδα.

Η πρώιμη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας αν θέλουμε να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά ο καρκίνος, παρόλα αυτά ο προσυμπτωματικός έλεγχος παραμένει αμφιλεγόμενο ζήτημα σε πολλές χώρες. Μολαταύτα, δεν είναι λιγότερο αμφιλεγόμενος από τον αντίστοιχο προληπτικό έλεγχο για άλλες ασθένειες. Η τελευταία φορά που δημοσιεύτηκαν εθνικές ΚΚΟ στην Ελλάδα ήταν το 2011 και αυτές δεν περιελάμβαναν τον προσυμπτωματικό έλεγχο, αλλά συνιστούσαν τη διενέργεια αξονικής τομογραφίας χαμηλής ακτινοβολίας, με την επιφύλαξη ότι η αποτελεσματικότητα της εν λόγω μεθόδου προληπτικού ελέγχου δεν έχει αποδειχθεί οριστικά.

Στο διάστημα που μεσολάβησε, η γενική επιστημονική γνώση και οι διαγνωστικές και θεραπευτικές επιλογές που διαθέτουμε έχουν εξελιχθεί κατά πολύ, πράγμα που δεν αντανάκλαται στις παλαιές ΚΚΟ. Τον Μάιο του 2011, τα ευρήματα της Εθνικής Δοκιμής Προληπτικού Ελέγχου του Πνεύμονα [National Lung Screening Trial] στις ΗΠΑ αποτέλεσαν σημείο καμπής, καθώς έδειξαν ότι η πρώιμη ανίχνευση μέσω προληπτικού ελέγχου εντόπισε με επιτυχία μεγάλο ποσοστό καρκίνων του πνεύμονα αρχικού σταδίου. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν από την κλινική δοκιμή NELSON, τα τελικά ευρήματα της οποίας δημοσιοποιήθηκαν τον Ιανουάριο του 2020. Αυτή ήταν η μεγαλύτερη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή στην Ευρώπη που έδειξε ότι ο προληπτικός έλεγχος πληθυσμιακών ομάδων υψηλού κινδύνου μέσω αξονικής τομογραφίας χαμηλής ακτινοβολίας μειώνει τους θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα. Μάλιστα, η σχετική ωφέλεια ήταν μεγαλύτερη από εκείνη που έδειξε η αμερικανική μελέτη.

Δεν εντοπίσαμε ενδείξεις ότι η Ελλάδα έχει ποτέ διεξαγάγει μια παρόμοια δοκιμή ή μελέτη προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα. Οι συμμετέχοντες στο εργαστήριο που διοργανώσαμε στην Αθήνα επεσήμαναν ότι υπάρχει έλλειμμα εθνικής στρατηγικής σε ό,τι αφορά τον προληπτικό έλεγχο. Θεωρούσαν μάλιστα ότι υπάρχουν επαρκή ερευνητικά δεδομένα και ζητούσαν την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου και όχι τη συνέχιση των σχετικών μελετών.

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ένας αγώνας ενάντια στον χρόνο. Αυτός ο τομέας αφορά την πρώιμη διάγνωση, την επιτάχυνση της διαχείρισης του περιστατικού (fast-tracking) και την ταχεία παραπομπή σε θεραπεία: πόσο καλά ανταποκρίνονται οι χώρες στην ανάγκη για ταχύτητα; Ο χρόνος, εν προκειμένω, είναι το παν. Οι ΚΚΟ στην Ελλάδα μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ευαισθητοποίησης των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας, διασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς με καρκίνο εντοπίζονται νωρίς. Οι οδηγίες αυτές πρέπει να αναθεωρηθούν ώστε να διασφαλίζουν ότι εφόσον υπάρχει υποψία καρκίνου του πνεύμονα, ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται ταχύτητα και κατά προτεραιότητα σε διαγνωστικό έλεγχο, ο οποίος πρέπει να διεξάγεται εντός αυστηρών χρονικών ορίων.

Στον καρκίνο του πνεύμονα δεν υπάρχει χρόνος για επανάπαυση. Όταν κάποιος διαγιγνώσκεται, οι ΚΚΟ πρέπει να προσδιορίζουν τα επόμενα βήματα ώστε αυτός να παραπεμφθεί τάχιστα στις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης. Οι ελληνικές ΚΚΟ δεν προβλέπουν ρητά μια τέτοια διαδικασία ταχείας παραπομπής.

Ο στιγματισμός τροφοδοτείται από τον φόβο και την έλλειψη κατανόησης. Η ελαχιστοποίησή του μπορεί να επιτευχθεί μέσω της καλύτερης ενημέρωσης του κοινού. Το πρόβλημα με τον καρκίνο του πνεύμονα είναι ότι πολλοί πάσχοντες νιώθουν ενοχή ή και στιγματίζονται λόγω του ότι η νόσος συνδέεται με το κάπνισμα.

Όμως το κάπνισμα δεν είναι η μοναδική αιτία: περίπου 10-25% των καρκίνων του πνεύμονα παγκοσμίως εμφανίζονται σε ανθρώπους που δεν υπήρξαν ποτέ καπνιστές ή που έχουν καπνίσει λιγότερα από 100 τσιγάρα συνολικά

στη ζωή τους. Η επιστημονική έρευνα έχει αποκαλύψει την πολυπλοκότητα της νόσου και το γεγονός ότι αυτή συνδέεται με διαφορετικές παθολογοανατομικές εικόνες.

Ο αποστιγματισμός της σύνδεσης του καρκίνου του πνεύμονα με το κάπνισμα είναι ζωτικής σημασίας αν θέλουμε να διασφαλίσουμε ότι όσοι διαγιγνώσκονται θα λάβουν την απαιτούμενη φροντίδα απαλλαγμένοι από την ευθύνη για αυτό που τους συνέβη. Η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να συμβάλει στην εξάλειψη του στιγματισμού όλων όσοι ζουν με καρκίνο του πνεύμονα.

Η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα προκαλεί στον ασθενή και την οικογένειά του πολύ μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση. Παρά την ύπαρξη νέων θεραπευτικών επιλογών, η νόσος αυτή μπορεί ακόμα να ιδωθεί ως θανατική καταδίκη. Οι εμπλεκόμενοι τόσο του υγειονομικού κλάδου όσο και άλλων τομέων πρέπει να εργαστούν από κοινού ώστε να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη ψυχολογική φροντίδα. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι επιθυμούσαν ψυχολογική υποστήριξη, αλλά δεν είχαν πρόσβαση σε αυτήν. Η συμπερίληψη στις ΚΚΟ οδών πρόσβασης στη φροντίδα αυτήν μπορεί να βοηθήσει.

Οι υπάρχουσες ΚΚΟ στην Ελλάδα δεν αναγνωρίζουν το ιδιαίτερο ψυχολογικό βάρος που συνοδεύει τον καρκίνο του πνεύμονα, ούτε περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των καρκινοπαθών. Επίσης, δεν περιλαμβάνουν κάποια οδό παραπομπής σε υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης. Παρόλα αυτά, οι συμμετέχοντες στο εργαστήριο που διοργανώσαμε επεσήμαναν ότι κάποια νοσοκομεία ενσωματώνουν την ψυχιατρική αξιολόγηση στα θεραπευτικά τους πρωτόκολλα. Οι διαφοροποιήσεις αυτές μπορεί, δυστυχώς, να προκαλέσουν ελλείμματα και ανισότητες στην παρεχόμενη φροντίδα. Οι συμμετέχοντες του εργαστηρίου που παρακολούθησα στην Αθήνα επεσήμαναν την ανάγκη να ευαισθητοποιηθεί περισσότερο η κοινωνία ώστε να αυξηθεί η κατανόηση.

Οι ελληνικές ΚΚΟ επίσης δεν αναφέρουν κάποια οδό παραπομπής σε υποστηρικτική και παρηγορητική-ανακουφιστική φροντίδα. Επιπροσθέτως, δεν εντοπίστηκαν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι ιατροί ογκολόγοι εκπαιδεύονται στην παροχή τέτοιας φροντίδας.

Η συμμετοχή των συλλόγων ασθενών στις εθνικές αξιολογήσεις των ακολουθούμενων πολιτικών για τη νόσο μπορεί να συντελέσει στην επίτευξη συναινέσεων. Εκφράζοντας τις ανάγκες των ασθενών, οι σύλλογοι αυτοί βελτιώνουν τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, καθώς μπορούν να βοηθήσουν τους διαμορφωτές πολιτικής και το υγειονομικό προσωπικό να δει τα σχετικά ζητήματα από τη σκοπιά του αρρώστου.

Μολαταύτα, σύλλογοι ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα υπάρχουν μονάχα σε κάποιες από τις χώρες που εξετάσαμε και, όπου υπάρχουν, σημειώνονται μεγάλες διαφοροποιήσεις στον ρόλο τους όσον αφορά τη διαμόρφωση πολιτικής. Σε κάποιες χώρες, οι σύλλογοι ασθενών αποτελούν κάτι καινούριο, που δεν έχει ακόμα καθιερωθεί, οπότε και ο ρόλος τους είναι περιορισμένος. Σε άλλες, οι σύλλογοι ασθενών έχουν αναπτύξει καλούς διαύλους επικοινωνίας και συνεργασίας με φορείς του κράτους, αυξάνοντας έτσι την ευαισθητοποίηση και εισφέροντας στη διαμόρφωση πολιτικής. Η Ελλάδα δεν διαθέτει μέχρι στιγμής κάποιον σύλλογο ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Οι ασθενείς και οι σύλλογοί τους μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και υιοθέτηση των ΚΚΟ. Συμβάλλουν στον εντοπισμό ζητημάτων που μπορεί το υγειονομικό προσωπικό να έχει παραβλέψει. Μπορούν να επηρεάσουν τη διαμόρφωση συστάσεων από την οπτική των ασθενών και εκείνων που τους φροντίζουν και μπορούν επίσης να υπογραμμίσουν τη σημασία της από κοινού λήψης αποφάσεων και της ψυχιατρικής αξιολόγησης. Δεν εντοπίσαμε στοιχεία που να δείχνουν ότι οι Έλληνες ασθενείς εκπροσωπούσαν κατά τη διαμόρφωση των ΚΚΟ ή συμμετείχαν στις αξιολογήσεις ιατρικών τεχνολογιών.

Με την τεχνολογία να ανοίγει νέες προοπτικές για την πρώιμη διάγνωση και με την εισαγωγή νέων, πιο ελπιδοφόρων θεραπειών, η αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα βρίσκεται σε ένα σταυροδρόμι. Η λαμβανόμενη θεραπεία θα εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο γίνεται η διάγνωση· μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργικές επεμβάσεις, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία και πιο στοχευμένες θεραπείες.

Ήδη κατά το 2020, έως 20 νέες, εξατομικευμένες θεραπείες έφεραν επαναστατικές αλλαγές στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα. Βεβαίως, η πρόσβαση στις νέες θεραπείες μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για χώρες με περιορισμένους πόρους. Η λήψη των απαραίτητων εγκρίσεων είναι μονάχα το πρώτο στάδιο. Αφού λάβει έγκριση μια θεραπεία, το δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας πρέπει να προσδιορίσει πώς θα καλυφθεί το κόστος της, καθώς συχνά πρόκειται για ακριβές θεραπείες. Η καθυστέρηση μεταξύ έγκρισης και διάθεσης μιας θεραπείας έχει σημαντικές επιπτώσεις στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων είναι απαραίτητη ώστε να διασφαλίσουμε ότι κάθε θεραπεία διατίθεται εγκαίρως και με οικονομικά βιώσιμο τρόπο.

Για να κάνουμε μια εκτίμηση της διαθεσιμότητας ανοσοθεραπειών και άλλων στοχευμένων θεραπειών, εξετάσαμε το καθεστώς κάλυψης του κόστους 13 θεραπευτικών σχημάτων με χρήση μιας σειράς αναστολέων της κινάσης τυροσίνης και αντισωμάτων anti-PD1. Ενώ η Ελλάδα ήταν μεταξύ των πρώτων χωρών ως προς το κριτήριο αυτό,



οι συμμετέχοντες του εργαστηρίου αναγνώρισαν το χάσμα που συχνά υπάρχει μεταξύ της έγκρισης μιας καινοτόμου θεραπείας από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και της διάθεσής της στους ασθενείς και επεσήμαναν τον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, πράγμα που προκαλεί προβλήματα πρόσβασης των ασθενών σε θεραπείες.

Η αυξανόμενη χορήγηση εξατομικευμένων θεραπειών έχει ενισχύσει την ανάγκη για έλεγχο των βιοδεικτών του ασθενούς, ώστε να διασφαλιστεί ότι αυτός θα λάβει την κατάλληλη θεραπεία για τον συγκεκριμένο καρκίνο. Ο έλεγχος βιοδεικτών, ήδη από το 2013, έχει καταστεί βασικό εργαλείο για την εξατομίκευση της θεραπευτικής αγωγής που λαμβάνει κάθε ασθενής. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας για έναν συγκεκριμένο ασθενή αυξάνει την πιθανότητα ανταπόκρισης του ασθενούς σε αυτήν. Ο έλεγχος των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα συνήθως αφορά τέσσερις βιοδείκτες: τους ALK, EGFR, ROS-1 και PD-L1.

Βρήκαμε ότι ο έλεγχος βιοδεικτών παρουσίαζε μεγάλες διαφοροποιήσεις τόσο μεταξύ όσο και εντός των χωρών που εξετάσαμε. Παρότι ο έλεγχος βιοδεικτών περιλαμβάνεται στις ΚΚΟ όλων των υπό εξέταση χωρών, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, καθώς δεν υπάρχει μία συνεκτική προσέγγιση. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα, για παράδειγμα, να καλύπτεται το κόστος μιας ακριβής, καινοτόμου θεραπείας, αλλά να μην καλύπτεται αυτό του αντίστοιχου, φθηνού διαγνωστικού ελέγχου. Μια λύση σε τέτοια προβλήματα συναντούμε στο Βέλγιο, όπου η νέα νομοθεσία ορίζει πως σε ό,τι αφορά την κάλυψη του κόστους, μια θεραπευτική αγωγή θα πρέπει να συνδυάζεται με τον έλεγχο των αντίστοιχων βιοδεικτών, οι οποίοι αποτελούν ένδειξη για τη χορήγησή της.

Πρέπει να κάνουμε μια διάκριση μεταξύ του μπρώου καρκινοπαθών σε επίπεδο γενικού πληθυσμού και ενός αντίστοιχου μπρώου σε επίπεδο νοσοκομείου. Το δεύτερο, που είναι διαδεδομένο στην Ελλάδα, μπορεί μεν να χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία ενός μπρώου επί του γενικού πληθυσμού, όμως τα δύο είδη μπρώου δεν είναι ένα και το αυτό. Τα νοσοκομειακά μπρώα καταγράφουν όλα τα περιστατικά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, συχνά χωρίς αναφορά στον γενικό πληθυσμό, αφού δίνουν έμφαση στην κλινική φροντίδα και τις διοικητικές ανάγκες του νοσοκομείου. Το μπρώο σε επίπεδο γενικού πληθυσμού καταγράφει όλα τα νέα περιστατικά καρκίνου εντός του πληθυσμού, συνήθως μιας γεωγραφικής περιοχής. Οι συμμετέχοντες στο εργαστήριό μας αναγνώρισαν τη σημασία της ύπαρξης ενός γενικού μπρώου καρκινοπαθών, ώστε να διαμορφωθούν ορθολογικές πολιτικές κατά του καρκίνου. Οι συμμετέχοντες στην Ελλάδα θεώρησαν ότι η ποιότητα των δικών τους μπρώων δεν αντικατοπτριζόταν στη βαθμολογία που τους δώσαμε βάσει του δείκτη αυτού, του λεγόμενου Cancer Atlas [Χάρτης του Καρκίνου].

Ο τομέας της δημόσιας υγείας, όπως τον εξετάσαμε, καλύπτει παραμέτρους όπως η ευαισθητοποίηση του κοινού, η πρόληψη, ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο οι σύλλογοι ασθενών παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικής. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ζήτημα δημόσιας υγείας, ανεξαρτήτως συστήματος διακυβέρνησης, νομοθεσίας, πόρων και στρατηγικών. Τα κράτη πρέπει να τον αντιμετωπίσουν ενισχύοντας την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού αλλά και των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι στρατηγικές κατά του καπνίσματος μπορούν να ενισχυθούν τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Συχνά, δεν απαιτούν πρόσθετους δημόσιους πόρους, μονάχα ισχυρή πολιτική βούληση.

Το κάπνισμα αναγνωρίζεται ως ο σημαντικότερος επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση όλων των ειδών καρκίνου, καθώς ευθύνεται για το 22% περίπου όλων των θανάτων από καρκίνο και το 85% των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα. Η «επιδημία του καπνίσματος», όπως αυτή χαρακτηρίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία ανά τον κόσμο. Η Ευρώπη έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στον κόσμο. Εκτιμάται ότι 209 εκατομμύρια Ευρωπαίοι καπνίζουν και εξ αυτών οι μισοί υπολογίζεται ότι πεθαίνουν πρόωρα λόγω καπνίσματος. Η Ευρώπη έχει και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά εφήβων καπνιστών. Στην Τσεχία το ποσοστό καπνιστών στους εφήβους και τους ενήλικους είναι παρόμοιο.

Στον τομέα αυτόν η Ελλάδα έλαβε την υψηλότερη βαθμολογία της, μολαταύτα υπάρχουν και εδώ περιθώρια βελτίωσης. Η χώρα πήρε καλό βαθμό στους δείκτες που καταγράφουν τις αντικαπνιστικές πολιτικές, όμως, όπως έμαθα στο εργαστήριο που παρακολούθησα στην Αθήνα, οι πολιτικές αυτές μπορεί να μην εφαρμόζονται πάντοτε.

Κάποια στοιχεία δείχνουν ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο μπορεί να βοηθά τους ενήλικους να κόψουν το κάπνισμα. Παρόλα αυτά, δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικό από τη φαρμακευτική αγωγή διακοπής του καπνίσματος. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι άγνωστες και υπάρχει η ανησυχία ότι η χρήση του από τους εφήβους μπορεί εν τέλει να τους οδηγήσει στο κάπνισμα. Οι πολιτικές για τη διάθεση και χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου διαφέρουν πολύ από χώρα σε χώρα. Πρόκειται για έναν τομέα που εξελίσσεται ταχύτατα και οι διαμορφωτές πολιτικής πρέπει να δρουν βάσει των επιστημονικών δεδομένων που διαρκώς προκύπτουν.

Η νομοθεσία περί ηλεκτρονικού τσιγάρου στην Ελλάδα χρήζει βελτιώσεων. Ενώ υπάρχει το σχετικό νομικό πλαίσιο και η πώληση ηλεκτρονικών τσιγάρων στους κάτω των 18 απαγορεύεται, η Ελλάδα πρέπει να ενισχύσει περαιτέρω τη σχετική νομοθεσία, απαγορεύοντας τη διαφήμιση και τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου σε δημόσιους χώρους.

Η καλή επικοινωνία, μαζί με τη συνεργασία, μπορούν να οικοδομήσουν τη συναίνεση, που, με τη σειρά της, μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή. Πολλές ευκαιρίες βελτίωσης υπάρχουν στην Ελλάδα – υπάρχει, θα λέγαμε, το κατάλληλο momentum.

Η Ελλάδα έχει την ευκαιρία να προβεί σε βελτιώσεις του στρατηγικού της σχεδιασμού, μέσω των ακόλουθων ενεργειών¹:

- Δημοσίευση και τακτική επικαιροποίηση Εθνικού Σχεδίου κατά του Καρκίνου, συμπεριλαμβανομένων δράσεων εφαρμογής και συγκεκριμένων πηγών χρηματοδότησης.
- Δημοσίευση ολοκληρωμένων Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών (ΚΚΟ) και εθνικών δεικτών αναφοράς ώστε να εξαλειφθούν οι κατά τόπους διαφοροποιήσεις.

Δεν υπάρχει χρόνος για επανάπαυση:

- Η πρώτη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας.
- Πρέπει να διασφαλίσουμε ότι και οι σύλλογοι ασθενών θα αποτελέσουν μέρος της διαδικασίας διαμόρφωσης πολιτικής και ΚΚΟ.
- Πρέπει να αναπτυχθούν συστήματα για τη βιώσιμη και ισότιμη πρόσβαση σε καινοτόμους ιατρικές τεχνολογίες.
- Πρέπει να εξαλειφθεί ο στιγματισμός των καρκινοπαθών, με αυξημένη ευαισθητοποίηση, συμπόνια και αξιοπρέπεια.

Μπορεί να υπάρξει αυξημένη ευαισθητοποίηση όλων των εμπλεκόμενων μερών, με πολλούς τρόπους:

- Ενθαρρύνοντας τον γενικό πληθυσμό να κάνει ό,τι μπορεί ώστε να μεγιστοποιεί τα οφέλη για την υγεία του.
- Βοηθώντας τους γιατρούς ώστε να διασφαλιστεί ότι η πρώτη διάγνωση θα γίνει υπόθεση ρουτίνας.
- Παρέχοντας τη δυνατότητα στα συστήματα υγείας να διεξάγουν διαγνωστικούς ελέγχους και να ξεκινούν θεραπείες χωρίς καθυστέρηση.
- Διασφαλίζοντας ότι οι κυβερνήσεις αναγνωρίζουν τον ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν στην πρόωθηση καλών, επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών στη δημόσια υγεία, καθώς και στη μεγιστοποίηση της επιστημονικής προόδου και της ιατρικής καινοτομίας, με χρήση νέων τεχνολογιών και θεραπειών.

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μια πανευρωπαϊκή πρόκληση και πρέπει να βρίσκεται στην κορυφή της ατζέντας κάθε χώρας, μέσω στρατηγικών για την κλινική πράξη και τη δημόσια υγεία, διότι ο καρκίνος αυτός σκοτώνει στην ήπειρό μας σχεδόν όσους σκοτώνουν ο καρκίνος του στήθους, του εντέρου και του προστάτη μαζί.

Και πρέπει όλα αυτά να επιτευχθούν στο περιβάλλον της πανδημίας του Sars-CoV-2, της οποίας η αντιμετώπιση ενισχύει παγκοσμίως τον κίνδυνο χειρότερης εξέλιξης και αυξημένης θνησιμότητας για ανθρώπους με καρκίνο του πνεύμονα. Μια νεοπλασία δεν σταματά την εξέλιξη της λόγω ενός ιού· ο καρκίνος του πνεύμονα δεν θα περιμένει να περάσει η πανδημία. Για αυτό πρέπει να αναβιώσουμε παλαιότερα υποδείγματα πράξης και να αλλάξουμε τον τρόπο που αντιμετωπίζουμε τα βάρη που δημιουργεί ο καρκίνος αυτός.

Η οικοδόμηση συμπράξεων μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών σε εθνικό επίπεδο θα ενισχύσει τον αποτελεσματικό διάλογο και τη διαμόρφωση πολιτικής. Η οικοδόμηση συμμαχιών μεταξύ των υπουργείων Υγείας, Οικονομικών, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Παιδείας αλλά και μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού και των συλλόγων ασθενών, μπορεί να φέρει μια ώθηση για αλλαγή.

Είναι πια καιρός όλοι οι άνθρωποι με καρκίνο του πνεύμονα να αντιμετωπίζονται με συμπόνια και αξιοπρέπεια, καθώς όποιος ή όποια διαθέτει πνεύμονες μπορεί να πάθει καρκίνο των πνευμόνων.

Ελπίζουμε η έρευνά μας να ωθήσει σε βελτιώσεις για όσους διαγιγνώσκονται με καρκίνο του πνεύμονα αλλά και για την πρόληψη της νόσου. Σας ευχαριστώ που μου δώσατε σήμερα την ευκαιρία να σας παρουσιάσω τα κυριότερα σημεία της έρευνάς μας.

Ας μεγιστοποιήσουμε τις ευκαιρίες που έχουμε για να αναπνεύσουμε έναν νέο αέρα κατά τη δεκαετία που μόλις ξεκίνησε.

¹: Πλήρης κατάλογος στις δύο τελευταίες διαφάνειες



Αναπνέοντας σε μια νέα εποχή: Μια συγκριτική ανάλυση των πολιτικών για τον καρκίνο του πνεύμονα στις χώρες της Ευρώπης

Sponsored by
MSD
A subsidiary of Merck KGaA

Dr Mary Bussell

Αθήνα
2 Μαρτίου 2021

The Economist INTELLIGENCE UNIT

The Economist Group

Ανάλυση πολιτικής

Στον Όμιλο του Economist χρησιμοποιούμε διαφανή και συνεκτικά πλαίσια που επιτρέπουν εύκολη πρόσβαση στις κρίσιμες πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την κατανόηση των πολιτικών στον χώρο της υγείας.

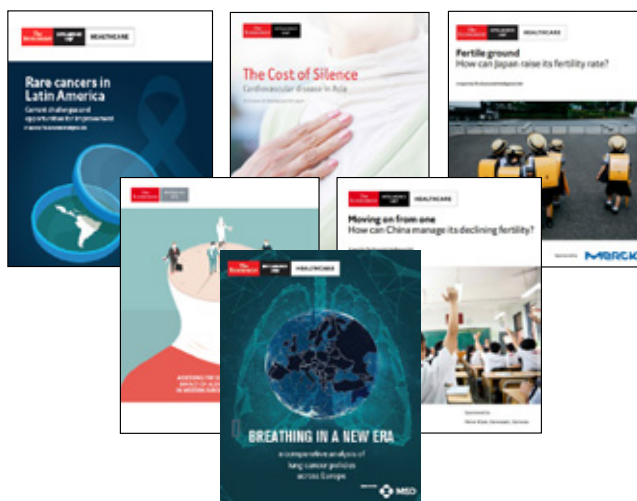
Το παγκόσμιο δίκτυό μας, η ενδελεχής ανάλυση δεδομένων και η ικανότητά μας να κάνουμε μετρήσεις σε σύνθετα ποιοτικά ζητήματα μας επιτρέπουν να εντοπίζουμε υποκείμενους παράγοντες αλλαγής και να αξιολογούμε τον αντίκτυπό τους σε επιχειρήσεις, συστήματα υγείας και την ίδια την υγεία των ανθρώπων.

Ταυτόχρονα, εξετάζουμε τη συσχέτιση της υγείας με άλλες κοινωνικές παραμέτρους: ανθεκτικότητα, βιωσιμότητα, παραγωγικότητα, παιδεία, οικονομική ευρωστία κτλ.

Αυτό μας επιτρέπει να αξιολογούμε σφαιρικά τόσο την πραγματική επιβάρυνση που προκαλούν οι ασθένειες όσο και τις ευρύτερες επιπτώσεις των πολιτικών υγείας.

Για ένα παράδειγμα οικονομικής ανάλυσης και ανάλυσης πολιτικής, βλ.:
<http://perspectives.eiu.com/healthcare/tackling-burden-prostate-cancer-latin-america-prospects-patient-centred-care/>
<http://www.eiu.com/graphics/marketing/pdf/ESMO-Cancer-medicines-shortages.pdf>

Η κατανόηση των παραμέτρων της υγείας σε μικρο-επίπεδο και η σύνδεσή τους με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και τη διαμόρφωση πολιτικής μας επιτρέπει να έχουμε μια ολιστική αντίληψη για την υγεία.



Από την αξιολόγηση στη δράση



The Economist Group

Ο καρκίνος πρέπει να αποτελεί εθνική προτεραιότητα

41% των χωρών δεν έχουν επικαιροποιήσει το Εθνικό Σχέδιο κατά του Καρκίνου εδώ και 5 χρόνια
 19% των χωρών δεν διαθέτουν καν Εθνικό Σχέδιο κατά του Καρκίνου



Ικανοποιητικό επίπεδο

Ένα Εθνικό Σχέδιο κατά του Καρκίνου (ΕΣΚ) δείχνει ότι η χώρα αναγνωρίζει την ανάγκη προτεραιοποίησης της νόσου

11 χώρες έχουν επικαιροποιήσει τα ΕΣΚ τους κατά την τελευταία πενταετία



1 χώρα έχει δημοσιεύσει ειδικό ΕΣΚ κατά του καρκίνου του πνεύμονα



Χρήζουν βελτίωσης

Τα ΕΣΚ μπορούν να βελτιωθούν για να είναι πιο χρήσιμα και συναφή προς την τρέχουσα κατάσταση

5 χώρες δεν διαθέτουν ΕΣΚ



11 χώρες δεν έχουν επικαιροποιήσει το ΕΣΚ κατά την τελευταία πενταετία



Δεν έχει δημοσιευτεί ειδικό ΕΣΚ κατά του καρκίνου του πνεύμονα από το Υπουργείο Υγείας ή άλλον κυβερνητικό φορέα σε 26 από τις 27 χώρες



The Economist Group



Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ πρέπει να είναι ολοκληρωμένες

41% των ΚΚΟ δεν αναφέρονται στον προληπτικό έλεγχο
52% των ΚΚΟ δεν αναφέρονται σε από κοινού λήψη αποφάσεων
11% των ΚΚΟ δεν αναφέρονται σε παρηγορητική φροντίδα



Ικανοποιητικό
επίπεδο

Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες (ΚΚΟ) για τον ΚτΠ έχουν δημοσιευτεί και χρησιμοποιούνται σε 24 χώρες

2 χώρες δεν έχουν δημοσιεύσει δικές τους ΚΚΟ



ΚΚΟ του NCCN



ΚΚΟ του ESMO

26 χώρες διαθέτουν ΚΚΟ για τη διάγνωση και τη θεραπεία



Χρήζουν βελτίωσης

Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ διαφέρουν σε ποιότητα και εύρος

1 χώρα έχει ΚΚΟ που έχουν λήξει



11 χώρες δεν προβλέπουν προληπτικό έλεγχο



14 χώρες δεν προβλέπουν από κοινού λήψη αποφάσεων



3 χώρες δεν προβλέπουν υποστηρικτική και παρηγορητική φροντίδα



Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ

θέτουν εθνικά κριτήρια αναφοράς

41% των ΚΚΟ δεν περιλαμβάνουν την ταχεία διαχείριση των ύποπτων περιστατικών ως προς τον διαγνωστικό έλεγχο
44% των ΚΚΟ δεν περιλαμβάνουν συγκεκριμένα χρονικά όρια για διαγνωστικό έλεγχο



Ικανοποιητικό
επίπεδο

Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ λαμβάνουν υπόψη την ανάγκη για ταχεία δράση

13 χώρες προβλέπουν την ταχεία διεξαγωγή διαγνωστικού ελέγχου



12 χώρες θέτουν συγκεκριμένα χρονικά όρια για τη διεξαγωγή διαγνωστικού ελέγχου



Χρήζουν βελτίωσης

Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ μπορούν να συμβάλουν στην ευαισθητοποίηση: πληθυσμοί απομακρυσμένοι – γεωγραφικά ή κοινωνικά – πρέπει να έχουν ταχεία πρόσβαση σε διαγνωστικό έλεγχο εντός αυστηρών χρονικών ορίων

11 χώρες δεν προβλέπουν την ταχεία διεξαγωγή διαγνωστικού ελέγχου



12 χώρες δεν θέτουν συγκεκριμένα χρονικά όρια για τη διεξαγωγή διαγνωστικού ελέγχου



Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ θέτουν εθνικά κριτήρια αναφοράς

52% των ΚΚΟ δεν περιλαμβάνουν ταχεία παραπομπή σε θεραπεία όσων έχουν διαγνωστεί με ΚτΠ



Ικανοποιητικό επίπεδο

Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ αναγνωρίζουν τη σημασία της παραμέτρου του χρόνου

10 χώρες προβλέπουν ταχεία παραπομπή σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη



Χρίζουν βελτίωσης

Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ μπορεί να προβλέπουν ταχεία παραπομπή σε θεραπεία, διασφαλίζοντας έτσι ότι δεν χάνεται χρόνος

14 χώρες δεν παρέχουν οδούς ταχείας παραπομπής σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη



Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ θέτουν εθνικά κριτήρια αναφοράς

48% των ΚΚΟ δεν αναγνωρίζουν την ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση που προκαλεί ο ΚτΠ

74% των ΚΚΟ δεν προβλέπουν σαφείς οδούς παραπομπής σε ψυχολογική υποστήριξη

52% των ΚΚΟ δεν προβλέπουν σαφείς οδούς παραπομπής σε υποστηρικτική και παρηγορητική φροντίδα



Ικανοποιητικό επίπεδο

Οι ΚΚΟ για τον ΚτΠ συνάδουν με τις ανάγκες των ασθενών

7 χώρες προβλέπουν σαφείς οδούς παραπομπής σε ψυχολογική υποστήριξη



13 χώρες προβλέπουν σαφείς οδούς παραπομπής σε υποστηρικτική και παρηγορητική φροντίδα



Χρίζουν βελτίωσης

20 χώρες δεν προβλέπουν σαφείς οδούς παραπομπής σε ψυχολογική υποστήριξη



14 χώρες δεν προβλέπουν σαφείς οδούς παραπομπής σε υποστηρικτική και παρηγορητική φροντίδα





Οι σύλλογοι ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα

διασφαλίζουν ότι οι ανάγκες των ασθενών εισακούονται στα κέντρα λήψης αποφάσεων

44% των χωρών δεν διαθέτουν σύλλογο ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα



Ικανοποιητικό
επίπεδο

Οι σύλλογοι ασθενών με ΚτΠ μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο

15 χώρες διαθέτουν σύλλογο ασθενών με ΚτΠ



Χρήζουν βελτίωσης

Οι σύλλογοι ασθενών μπορούν να συμβάλουν στην ευαισθητοποίηση και να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς εισακούονται

12 χώρες δεν διαθέτουν σύλλογο ασθενών με ΚτΠ



Οι σύλλογοι ασθενών

διασφαλίζουν ότι οι ΚΚΟ και η αξιολόγηση ιατρικών τεχνολογιών απαντούν στις ανάγκες τους

70% των χωρών δεν προβλέπουν συμμετοχή των συλλόγων ασθενών στη διαμόρφωση των ΚΚΟ
44% των χωρών δεν προβλέπουν αντίστοιχη συμμετοχή στην αξιολόγηση τεχνολογιών



Ικανοποιητικό
επίπεδο

Οι σύλλογοι ασθενών συμμετέχουν και προσθέτουν αξία

8 χώρες περιλαμβάνουν τους συλλόγους ασθενών στη διαμόρφωση των ΚΚΟ



15 χώρες περιλαμβάνουν τους συλλόγους ασθενών στην αξιολόγηση ιατρικών τεχνολογιών



Χρήζουν βελτίωσης

Οι σύλλογοι ασθενών προσφέρουν μια χρήσιμη οπτική

19 χώρες δεν περιλαμβάνουν τους συλλόγους ασθενών στη διαμόρφωση των ΚΚΟ



12 χώρες δεν περιλαμβάνουν τους συλλόγους ασθενών στην αξιολόγηση ιατρικών τεχνολογιών



Μητρώα καρκινοπαθών παρακολουθώντας το φορτίο του καρκίνου

93% των χωρών διαθέτουν μητρώο καρκινοπαθών επί του γενικού πληθυσμού

✓ Ικανοποιητικό επίπεδο

Πολλές χώρες της Ευρώπης διαθέτουν μητρώο καρκινοπαθών, αλλά η ποιότητα και το εύρος τους διαφέρουν

16 χώρες διαθέτουν εθνικό μητρώο υψηλής ποιότητας

8 χώρες διαθέτουν υψηλής ποιότητας περιφερειακά μητρώα

1 χώρα διαθέτει μητρώο χαμηλής ποιότητας

↑↑ Χρήζουν βελτίωσης

2 χώρες δεν διαθέτουν μητρώο σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, αλλά συλλέγουν στοιχεία

1 χώρα διαθέτει μητρώο σε επίπεδο νοσοκομείου



The Economist Group

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ζήτημα δημόσιας υγείας

22% των θανάτων από καρκίνο οφείλονται στο κάπνισμα

85% των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα οφείλονται στο κάπνισμα

✓ Ικανοποιητικό επίπεδο

Έχουν τεθεί εθνικοί στόχοι και υπάρχει εθνική υπηρεσία για τον έλεγχο του καπνίσματος

Μέλος της Σύμβασης-Πλαισίου για τον Έλεγχο του Καπνίσματος του ΠΟΥ

Η τηλεοπτική και ραδιοφωνική διαφήμιση προϊόντων καπνού απαγορεύεται

Υποχρεωτική προειδοποίηση κινδύνου πάνω στη συσκευασία προϊόντων καπνού

Απαγόρευση καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, εστιατόρια, καφέ, μπαρ και ΜΜΜ —δεν εφαρμόζεται πάντοτε αυστηρά: συνεχίζεται το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους

↑↑ Χρήζουν βελτίωσης

Δεν καταγράφηκε καμπάνια στα ΜΜΕ εθνικής εμβέλειας κατά την εξεταζόμενη περίοδο

Ανάγκη ενίσχυσης της νομοθεσίας για το ηλεκτρονικό τσιγάρο: δεν υπάρχει ακόμη πληροφόρηση περί του αν και πού θα απαγορευθεί η χρήση του

Απαγορεύεται η διαφήμιση ηλεκτρονικών τσιγάρων στον έντυπο Τύπο, αλλά επιτρέπεται σε έντυπα που απευθύνονται σε επαγγελματίες marketing ηλεκτρονικού τσιγάρου και προϊόντων καπνού, καθώς και σε έντυπα που τυπώνονται σε χώρες εκτός ΕΕ



The Economist Group



Ο καρκίνος του πνεύμονα πρέπει να είναι στην κορυφή της ατζέντας για την Ελλάδα

- ✓ Η Ελλάδα χρειάζεται ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο που να είναι λειτουργικό, ολοκληρωμένο και επικαιροποιημένο
- ✓ Η Ελλάδα πρέπει να επικαιροποιήσει τις ΚΚΟ για τον ΚτΠ
- ✓ Η Ελλάδα πρέπει να διεξάγει προληπτικό έλεγχο για τον ΚτΠ μέσω κλινικών δοκιμών και μελετών ή ενός εθνικού προγράμματος ελέγχου
- ✓ Η Ελλάδα πρέπει να διασφαλίσει την ταχεία και κατά προτεραιότητα παραπομπή ύποπτων περιστατικών σε διαγνωστικό έλεγχο και θεραπεία εντός αυστηρών χρονικών πλαισίων
- ✓ Η Ελλάδα πρέπει να διασφαλίσει ότι η ψυχολογική επιβάρυνση από τον ΚτΠ αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται μέσω οδών προς την ψυχολογική υποστήριξη και να παράσχει οδούς προς την παρηγορητική φροντίδα
- ✓ Η Ελλάδα πρέπει να διασφαλίσει ότι οι ιατροί-ογκολόγοι εκπαιδεύονται σε θέματα υποστηρικτικής και παρηγορητικής φροντίδας

Ο καρκίνος του πνεύμονα πρέπει να είναι στην κορυφή της ατζέντας για την Ελλάδα

- ✓ Πρέπει να εμπλακούν οι ασθενείς και οι σύλλογοί τους στις εθνικές αξιολογήσεις και στη διαμόρφωση πολιτικής, ώστε να χτιστούν συναιέσεις
- ✓ Η Ελλάδα πρέπει να διασφαλίσει την πρόσβαση σε νέες θεραπείες εξετάζοντας τρόπους για τη μείωση του χρόνου μεταξύ της έγκρισής τους από τον EMA και της κάλυψης του κόστους αυτών
- ✓ Η Ελλάδα χρειάζεται ένα μπρώο καρκινοπαθών επί του γενικού πληθυσμού, το οποίο θα συμβάλει στη διαμόρφωση ορθολογικών πολιτικών για τον καρκίνο
- ✓ Η Ελλάδα μπορεί να ενισχύσει την εφαρμογή των νόμων για το ηλεκτρονικό τσιγάρο και γενικότερα της αντικαπνιστικής νομοθεσίας
- ✓ Η Ελλάδα πρέπει να τοποθετήσει τον καρκίνο του πνεύμονα στην κορυφή της ατζέντας μέσω αυξημένης ευαισθητοποίησης και κατανόησης σε επίπεδο κοινωνίας και πρωτοβάθμιας φροντίδας

ευχαριστώ!

Dr Mary Bussell, RN, BSN, MPH, MPhil, PhD
Associate



marybussell@eiu.com



The Economist Group



Alfonso Aguarón

Project manager
Lung Cancer Europe

Ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως και η δεύτερη συνολικά, μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Παρά την εισαγωγή νέων θεραπειών και την καλύτερη κατανόηση της βιολογίας της νόσου, ο καρκίνος του πνεύμονα ακόμα διαγιγνώσκεται με καθυστέρηση, πράγμα που οδηγεί σε μεγαλύτερη θνητότητα αλλά και επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των φροντιστών τους. Πέραν αυτού, το Beating Cancer Plan [Σχέδιο Αντιμετώπισης του Καρκίνου], μια πρωτοβουλία της ΕΕ με στόχο την καλύτερη πρόληψη της νόσου, αναφέρει σαφώς ότι το 40% των περιστατικών θα μπορούσαν να προληφθούν με την εφαρμογή ήδη γνωστών μέτρων, όπως ενός εθνικού σχεδίου κατά του καρκίνου, μιας καμπάνιας πρόληψης, προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και άλλων παρεμβάσεων στα αρχικά στάδια της νόσου, με στόχο την εγκαίριότερη και ακριβέστερη δυνατή διάγνωση.

Η ποικιλομορφία και η ανομοιογένεια των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας αυξάνει την πιθανότητα αποκλίσεων και ανισοτήτων σε πολλούς τομείς, από τη γνώση της σημασίας της πρόληψης μέχρι την πρόσβαση στην καλύτερη δυνατή φροντίδα. Η συγκριτική ανάλυση των πολιτικών για τον καρκίνο του πνεύμονα στις χώρες της Ευρώπης, την οποία πραγματοποίησε το The Economist Intelligence Unit, με τη χορηγία της MSD, δείχνει ξεκάθαρα ότι η καθυστερημένη διάγνωση, η ελλιπής πρόσβαση σε θεραπεία και ένας συνδυασμός μοιρολατρίας και στιγματισμού των ασθενών συχνά οδηγούν σε κακά κλινικά αποτελέσματα, πράγμα στο οποίο μπορεί προφανώς να υπάρξει βελτίωση μέσω στοχευμένων δράσεων, σε πέντε κατευθύνσεις: να αποτελέσει ο καρκίνος του πνεύμονα στρατηγική προτεραιότητα, να ιδωθεί ως ζήτημα δημόσιας υγείας, να ιδωθεί επίσης ως ένας αγώνας ενάντια στον χρόνο, να καταστεί σαφές ότι η αντιμετώπιση της νόσου βρίσκεται σε σημείο καμψής, αλλά και αυτή να αποτελέσει ερευνητική προτεραιότητα.

Αν αναλύσουμε την περίπτωση της Ελλάδας σε σύγκριση με τους Ευρωπαίους γείτονές της, είναι σαφές ότι υπάρχουν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Παρά το ότι ο καρκίνος του πνεύμονα ήδη αντιμετωπίζεται στην Ελλάδα ως ζήτημα δημόσιας υγείας, απαιτείται μια πιο ολιστική προσέγγιση ώστε να απαντηθούν οι παραπάνω προκλήσεις. Στόχος-κλειδί είναι η απόκτηση από την Ελλάδα ενός επικαιροποιημένου Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο, ώστε να εξασφαλιστεί εγκαίριότερη και ακριβέστερη διάγνωση της νόσου, πράγμα που θα επιτρέψει αποτελεσματικότερες δράσεις και παρεμβάσεις κατά τα αρχικά στάδια της νόσου. Επίσης, δεδομένων των ευρημάτων κλινικών μελετών όπως η NELSON, η οποία κατέδειξε τα οφέλη της αξονικής τομογραφίας χαμηλής ακτινοβολίας σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου, η συστηματική εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου σε όλη την επικράτεια μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικές (σε σχέση με το κόστος) παρεμβάσεις και, εν τέλει, στο να σώζουμε περισσότερες ζωές.

Τέλος, η συμμετοχή των συλλόγων καρκινοπαθών σε φορείς λήψης αποφάσεων πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα με δύο στόχους: πρώτον, την ευαισθητοποίηση γύρω από τα ζητήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, και δεύτερον, τη συμβολή των ασθενών σε διαδικασίες που υπερβαίνουν την απλή καταγραφή των προβλημάτων, ώστε αυτοί να γίνουν μέρος της λύσης. Η αύξηση του αριθμού των ομάδων πρόαψισης και προώθησης των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ελλάδα –παραδείγμα, ο πρόσφατα συσταθείς σύλλογος ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα FairLife Lung Cancer Care– μπορεί να δημιουργήσει προστιθέμενη αξία για τις νέες πολιτικές που στοχεύουν στην ενσωμάτωση της οπτικής των ασθενών στο κάλεσμα για βελτίωση των όρων ζωής τους.



Άννα Μπατιστάτου

Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας
Πρόεδρος τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Παθολογικής Ανατομικής

Στους ογκολογικούς ασθενείς η Παθολογοανατομική διάγνωση και ο αξιόπιστος έλεγχος προβλεπτικών και προγνωστικών βιοδεικτών, συνιστούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιλογή της βέλτιστης θεραπείας.

Για τον καρκίνο του πνεύμονα, καθώς συχνά το υλικό είναι περιορισμένο, σύμφωνα με διεθνείς οδηγίες, η επιλογή των ανοσοϊστοχημικών χρώσεων για τη διάγνωση γίνεται με μεγάλη προσοχή, ώστε να διαφυλαχτεί υλικό για περαιτέρω μοριακές μελέτες προβλεπτικών δεικτών, ιδίως σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο.

Για τον Μη Μικροκυτταρικό Καρκίνο Πνεύμονα (ΜΜΚΠ), στους προβλεπτικούς βιοδείκτες περιλαμβάνονται ο μοριακός έλεγχος για αναδιατάξεις των γονιδίων ALK, ROS1, σημειακές μεταλλάξεις BRAF, υπερέκφραση PD-L1, διαταραχές στα γονίδια RET και MET, καθώς και στα γονίδια NTRK, HER2, KRAS κ.ά. αν υπάρχει η δυνατότητα τεχνικών ανάλυσης πολλαπλών γονιδίων (NGS). Η «υγρή βιοψία» χρησιμοποιείται όταν δεν είναι διαθέσιμος επαρκής ιστός ή για την παρακολούθηση της νόσου.

Για την ορθή θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών είναι απαραίτητη η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων και η συζήτηση περιστατικών στα Ογκολογικά συμβούλια.

Σε σχέση με τους βιοδείκτες, τη διεθνή επιστημονική κοινότητα απασχολούν θέματα όπως ο αξιόπιστος έλεγχος των βιοδεικτών στον μικρότερο δυνατό χρόνο. Η διαπίστευση των υπηρεσιών των εργαστηρίων γίνεται από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ) σύμφωνα με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 15189:2012, ωστόσο στα Δημόσια Νοσοκομεία δεν υπάρχουν διαθέσιμα σχετικά κονδύλια. Η αποζημίωση των προβλεπτικών βιοδεικτών, που έχουν αποδεδειγμένη αξία και περιλαμβάνονται σε διεθνείς και ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι ένα ζήτημα που απαιτεί άμεση προσοχή. Σήμερα, σε ελάχιστους μόνο βιοδείκτες το κόστος καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ αρ. φύλλου 1511, 6/6/2014). Η Επιτροπή Ογκολογίας του ΚΕΣΥ έχει πολλάκις εισηγηθεί την εισαγωγή νέων βιοδεικτών, με εμπειρισταωμένη μελέτη η οποία περιλαμβάνει και υπολογισμό του κόστους εξέτασης, χωρίς αποτέλεσμα.

Για να καλυφθεί το κενό, η Ελληνική Εταιρεία Παθολογικής Ανατομικής συμμετέχει σε προγράμματα υποστήριξης ασθενών με ΜΜΚΠ με έλεγχο της ανοσοϊστοχημικής έκφρασης της ALK (δημοσίευση: *J. Surg. Molec. Pathol*, 2018) και του PD-L1 καθώς και με μοριακό έλεγχο του βιοδείκτη EGFR.

Τέλος, αναγνωρίζοντας τις ελλείψεις του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών η ΕΕΠΑ λειτουργεί από το 2009 το Παθολογοανατομικό Αρχείο Νεοπλασιών (ΠΑΝ), με συμμετοχή >95% των Εργαστηρίων Παθολογικής Ανατομικής (δημόσια και ιδιωτικά) στην Ελλάδα (δημοσίευση: *Virchows Arch*. 2018 472(4):677-682).



Nicola Normanno

Πρόεδρος του Διεθνούς Δικτύου Ποιότητας για την Παθολογία (IQN Path)
Πρόεδρος της Ιταλικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (SIC)

Σας ευχαριστώ πολύ για την πρόσκληση.

Είμαι πρόεδρος του Διεθνούς Δικτύου Ποιότητας για την Παθολογία (IQN Path) και πρόεδρος της Ιταλικής Αντικαρκινικής Εταιρείας και έχω έρθει για να συζητήσω αναφορικά με τη σημασία των εξετάσεων ελέγχου βιοδεικτών.

Πολύ ωραία η εισαγωγή από τους προηγούμενους ομιλητές, δηλαδή η ταυτοποίηση μεταλλάξεων σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, που μας δίνει τη δυνατότητα να εξελίξουμε νέα φάρμακα πιο δραστικά, πιο αποτελεσματικά, λιγότερο τοξικά και θέλω επίσης να υπογραμμίσω ότι περιπτώσεις ασθενών που φέρουν γενετικές αλλοιώσεις, όπως οι EGFR ή ELM4/AL, συνήθως δεν αποκρίνονται καλά στη χημειοθεραπεία και άρα με τη βοήθεια του ελέγχου βιοδεικτών είναι σημαντικό να δώσουμε την πιο αποτελεσματική θεραπευτική λύση για τον κάθε ασθενή (Βλ. [διαφάνεια 1](#)).

Ο αριθμός γονιδιακών αλλοιώσεων και ο αριθμός των γονιδίων-στόχων σε ασθενείς με προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα αυξάνει σημαντικά.

Πέρα από τα διάφορα φάρμακα που έχουν ήδη εγκριθεί από τον EMA, το 2020 ο FDA των ΗΠΑ ενέκρινε φάρμακα για ασθενείς οι οποίοι έχουν παρουσιάσει διαφορετικού είδους αλλοιώσεις. Οι FDA και EMA έχουν εγκρίνει φάρμακα που αντιμετωπίζουν φαινόμενα σύντηξης γονιδίων που εντοπίζονται στον καρκίνο του πνεύμονα. Έχουμε λοιπόν δεδομένα από φάρμακα τα οποία στοχεύουν σε συγκεκριμένες μεταλλάξεις, που σημαίνει ότι αν συνδυάσουμε όλη αυτήν τη γενετική πληροφορία, τότε πάνω από 40% των ασθενών με αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα μπορούν να λάβουν στοχευμένη θεραπεία.

Όμως, το πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίσουμε είναι ότι αυτές οι γονιδιακές αλλοιώσεις επηρεάζουν πολλά γονίδια, άρα μιλάμε για διαφορετικά είδη μεταλλάξεων, όπως συντήξεις, ματίσματα (ή συναρμογές – splicing στα Αγγλικά) κτλ. και ότι πολλές από τις αλλοιώσεις αυτές είναι σχετικά σπάνιες.

Με βάση όλα τα ανωτέρω, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ιατρικής Ογκολογίας συνέστησε οι ασθενείς με αδενοκαρκίνωμα να κάνουν ευθύς εξαρχής ένα τεστ NGS, ένα τεστ το οποίο επιτρέπει να εντοπιστούν πολλαπλές γονιδιακές αλλοιώσεις σε διαφορετικά γονίδια ταυτόχρονα. Αυτό, λόγω του ότι μόνο με το NGS μπορείς να έχεις ένα ολοκληρωμένο γονιδιωματικό προφίλ για να ξέρεις τι θα στοχεύσεις στον ασθενή με αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα, λαμβάνοντας υπόψη και τον περιορισμένο χρόνο, αλλά και το μικρό δείγμα ιστού που έχεις στη διάθεσή σου. Αυτό λοιπόν πρέπει να κάνουμε για τους ασθενείς μας που είναι σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου του πνεύμονα.

Ποιο είναι το καθεστώς του ελέγχου βιοδεικτών στην Ευρώπη; Προκειμένου να αντιμετωπίσουμε αυτά τα ερωτήματα, το Διεθνές Δίκτυο Ποιότητας για την Παθολογία (IQN Path), η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων (EFPIA) μαζί με την Ευρωπαϊκή Συμμαχία Ασθενών με Καρκίνο (ECPC) ξεκίνησαν ένα project, ώστε να χαρτογραφήσουν το τρέχον καθεστώς ελέγχου βιοδεικτών σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, με σκοπό να καταλάβουμε ποια είναι τα εμπόδια για την πρόσβαση στις εξετάσεις βιοδεικτών στην Ευρώπη και να διατυπωθούν συστάσεις προς εφαρμογή για τη βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας του ελέγχου βιοδεικτών.

Επιλέξαμε μια σειρά βιοδεικτών ([Βλ. διαφάνεια 2](#)) και ανάμεσά τους είναι καθιερωμένοι βιοδείκτες αλλά και κάποιοι νέοι – και αξιολογήσαμε το επίπεδο εξετάσεων βιοδεικτών σε διαφορετικές χώρες. Έχουμε μια ομάδα βασικών χωρών (*core countries*), όπου εξετάσαμε το καθεστώς ελέγχου βιοδεικτών Επιπέδου 1 (*Tier 1*) και Επιπέδου 2 (*Tier 2*) και κατόπιν μια άλλη ομάδα χωρών, όπου εξετάσαμε μόνο το καθεστώς ελέγχου βιοδεικτών Επιπέδου 1 (*Tier 1*) – η Ελλάδα, όπως φαίνεται στη διαφάνεια, περιλαμβάνεται στις βασικές χώρες.

Για να αξιολογήσουμε την ποιότητα και το καθεστώς των τεστ βιοδεικτών που έχουν αναπτυχθεί από κάθε χώρα, διαμορφώσαμε μια σειρά κριτηρίων μέτρησης, που μετρούν την πρόσβαση στο φάρμακο, την αποζημίωση του κόστους, τη διαθεσιμότητα και την πρόσβαση στα τεστ αυτά. Διεξήγαμε εκατοντάδες συνεντεύξεις με ογκολόγους, παθολόγους, διευθυντές εργαστηρίων, καθώς και με αριθμό ασθενών, διότι θέλαμε να λάβουμε υπόψη και την άποψη των ασθενών στη μελέτη. Χρησιμοποιήσαμε επίσης μεγάλο αριθμό δημοσιεύσεων που ήταν ήδη διαθέσιμες για το θέμα.

Χάριν συντομίας, ιδού τι βρήκαμε: ([Βλ. διαφάνεια 3](#)). Υπάρχουν μεγάλες διαφορές όσον αφορά την πρόσβαση στο φάρμακο μεταξύ των χωρών της Ευρώπης. Στην πλειονότητα των χωρών υπάρχει πρόβλημα στην πρόσβαση στα φάρμακα αυτά – σε κάποιες χώρες περισσότερο από άλλες. Σε κάποιες, ο χρόνος μεταξύ της έγκρισης από την

EMA και της πρόσβασης είναι πολύ μεγάλος. Υπάρχουν επίσης σαφείς διαφορές όσον αφορά την πρόσβαση σε τεστ ενός μεμονωμένου γονιδίου και την πρόσβαση σε τεστ πολλαπλών γονιδίων. Εδώ και δέκα χρόνια ελέγχουμε για βιοδείκτες (δηλαδή για γονιδιακές μεταλλάξεις), αλλά υπάρχουν ακόμα κάποιες χώρες οι οποίες δεν έχουν καν πρόσβαση στα τεστ μεμονωμένης γονιδιακής μετάλλαξης, πράγμα που οφείλεται στην έλλειψη χρηματοδότησης και σωστής οργάνωσης. Σε ό,τι αφορά την πολυγονιδιακή εξέταση τα πράγματα είναι ακόμα χειρότερα. Πολύ λίγες χώρες έχουν θέσει σε εφαρμογή κάποιο εθνικό πρόγραμμα για την πρόσβαση των ασθενών σε πολυγονιδιακά τεστ.

Όσον αφορά την ποιότητα των τεστ βιοδεικτών, η κατάσταση δεν είναι ομοιόμορφη, και αυτό αντικατοπτρίζει προβλήματα που έχουν να κάνουν όχι τόσο με την ποιότητα των εργαστηρίων, όσο με το σύστημα οργάνωσης που εφαρμόζεται.

Επίσης, σημαντικό είναι ότι εξετάζοντας πώς οργανώνεται κάθε χώρα μπορούμε να εντοπίσουμε τα βασικά εμπόδια για την υλοποίηση εξετάσεων βιοδεικτών. Για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν λίγα εργαστήρια και άρα πρόβλημα υποδομών, σε κάποιες άλλες χώρες υπάρχουν μεν τα εργαστήρια, αλλά δεν υπάρχει οργάνωση ή τα εργαστήρια δεν έχουν κατανομηθεί γεωγραφικά με σωστό τρόπο, όπως π.χ. στην Ιταλία. Σε πολλές περιπτώσεις, δεν έχουν προβλεφθεί κονδύλια για την αποζημίωση των εξετάσεων αυτών και η έγκριση των εξετάσεων βιοδεικτών καθυστερεί πάρα πολύ, όπως έχω μάθει και από τους Έλληνες συναδέλφους.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η υιοθέτηση των τεστ είναι πολύ αργή και σε πολλές χώρες η ποιότητα δεν είναι αυτή που πρέπει, καθώς δεν είναι υποχρεωτική η συμμετοχή των εργαστηρίων αυτών σε κάποιο πρόγραμμα πιστοποίησης. Συνεπώς, οι έλεγχοι ποιότητας που γίνονται –και είναι σημαντικοί αυτοί οι έλεγχοι– δεν είναι επαρκείς και αυτό οφείλεται στην έλλειψη χρηματοδότησης ώστε να μπορούν τα εργαστήρια να συμμετάσχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα πιστοποίησης.

Υπάρχουν κάποιες συστάσεις βραχυπρόθεσμων πολιτικών που αναπτύξαμε για τη βελτίωση του ελέγχου βιοδεικτών (Βλ. [διαφάνεια 4](#)). Με κόκκινο είναι σημειωμένα κάποια πολύ απλά πράγματα, τα οποία μπορούν να γίνουν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες προκειμένου να βελτιωθεί σημαντικά η πρόσβαση στις εξετάσεις αυτές χωρίς μεγάλο κόστος.

Πρώτα από όλα, σε πολλές χώρες έχουμε έγκριση του φαρμάκου, αλλά δεν υπάρχει έγκριση της αντίστοιχης εξέτασης βιοδεικτών. Σκεφτείτε ότι κάποιες χώρες δουλεύουν με τον αντίθετο τρόπο, δηλαδή έγκριση του φαρμάκου και της εξέτασης ταυτόχρονα ή έστω παράλληλα. Το χρειαζόμαστε αυτό, αλλιώς μπαίνουμε σε μια παράδοση κατάστασης, όπου το φάρμακο είναι μεν διαθέσιμο, αλλά δεν υπάρχει διαθέσιμη εξέταση βιοδεικτών που να δικαιολογεί πρόσβαση στο φάρμακο αυτό. Άρα, συνιστάται ο ασθενής να μην μπορεί να έχει πρόσβαση στο φάρμακο αν δεν υπάρχει αντίστοιχη εξέταση βιοδεικτών που να δικαιολογεί τη χρήση του φαρμάκου αυτού.

Σαφώς χρειαζόμαστε κονδύλια για τα τεστ βιοδεικτών, είναι όμως πολύ χαμηλά σε σχέση με τα κονδύλια που πρέπει να δεσμεύσουμε για τα φάρμακα. Άρα, δεν είναι λογικό να δεσμεύεις πολλά χρήματα για τα φάρμακα, αλλά να μην επενδύεις στις εξετάσεις βιοδεικτών.

Επίσης, όλα τα εργαστήρια που διενεργούν εξετάσεις βιοδεικτών πρέπει –και το χρειαζόμαστε αυτό– να έχουν κάποια πιστοποίηση και να συμμετέχουν στο πρόγραμμα EQA, το οποίο είναι πολύ σημαντικό. Άρα, χρειάζεται χρηματοδότηση για τη συμμετοχή σε αυτά τα προγράμματα.

Επιπροσθέτως, υπάρχει πάντα η συζήτηση για τη συγκέντρωση ή αποκέντρωση των εργαστηριακών κέντρων. Είναι καλύτερο να έχεις λιγότερα κέντρα, σε κεντρικό επίπεδο ή να έχεις πολλά, διάσπαρτα ανά την επικράτεια; Το θέμα είναι να υπάρχει μια καλή οργάνωση. Μπορούμε να αποδεχτούμε ότι δεν πρέπει να μεταφέρονται δείγματα για ανάλυση από τη μία πόλη στην άλλη, αλλά θέλουμε επίσης να αποφύγουμε τη μετακίνηση των κατοίκων σε μεγάλες αποστάσεις. Άρα, χρειαζόμαστε ένα επίπεδο οργάνωσης και, σαφώς, την εκπαίδευση των εμπλεκόμενων, των ογκολόγων ιατρών, διότι αυτοί είναι οι πρώτοι οι οποίοι πρέπει να ζητούν εξετάσεις βιοδεικτών όταν υπάρχει ένδειξη για έναν ασθενή. Χρειαζόμαστε επίσης περισσότερους παθολόγους και μοριακούς βιολόγους, διότι υπάρχει έλλειψη παθολόγων και μοριακών βιολόγων. Πρέπει πραγματικά να αυξήσουμε τον αριθμό των ατόμων που εργάζονται σε αυτόν τον τομέα και χρειάζεται να εκπαιδεύσουμε και τους ασθενείς.

Οι ασθενείς είναι πάρα πολύ σημαντικοί, διότι είναι αυτοί που άγουν την έρευνα, αυτοί είναι ο κινητήριος μοχλός και αυτό το είδαμε στο project που κάναμε με την ECPC – συναφές με το Project ATLANTIS για την πρόωθηση του ελέγχου βιοδεικτών.

Γνωστοποιήσεις

Προσωπικά οικονομικά οφέλη (αμοιβή για ομιλίες ή/και παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών):

MSD, Qiagen, Bayer, Biocartis, Illumina, Incyte, Roche, BMS, MERCK, Thermofisher, Boehringer Ingelheim, Astrazeneca, Sanofi, Eli Lilly

Θεσμικά οικονομικά οφέλη (χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων):

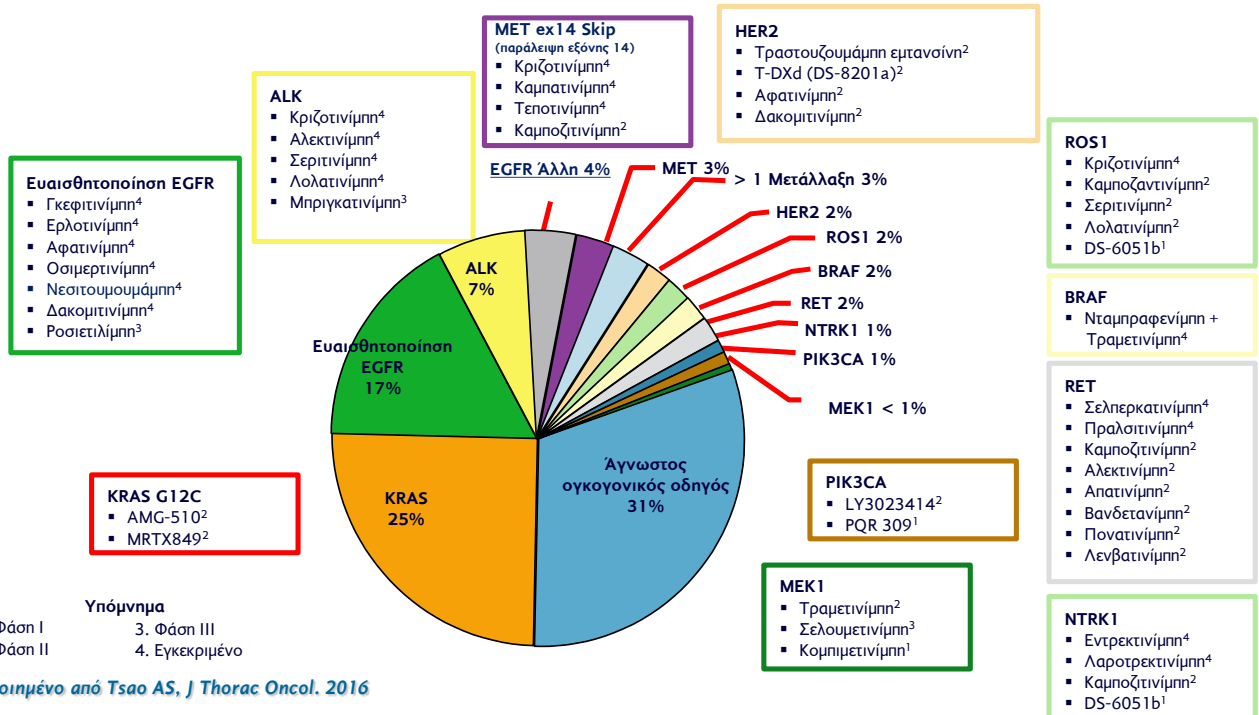
MERCK, Sysmex, Thermofisher, QIAGEN, Roche, Astrazeneca, Biocartis, Illumina

Μη οικονομικά οφέλη:

President, International Quality Network for Pathology (IQN Path); President, Italian Cancer Society (SIC)

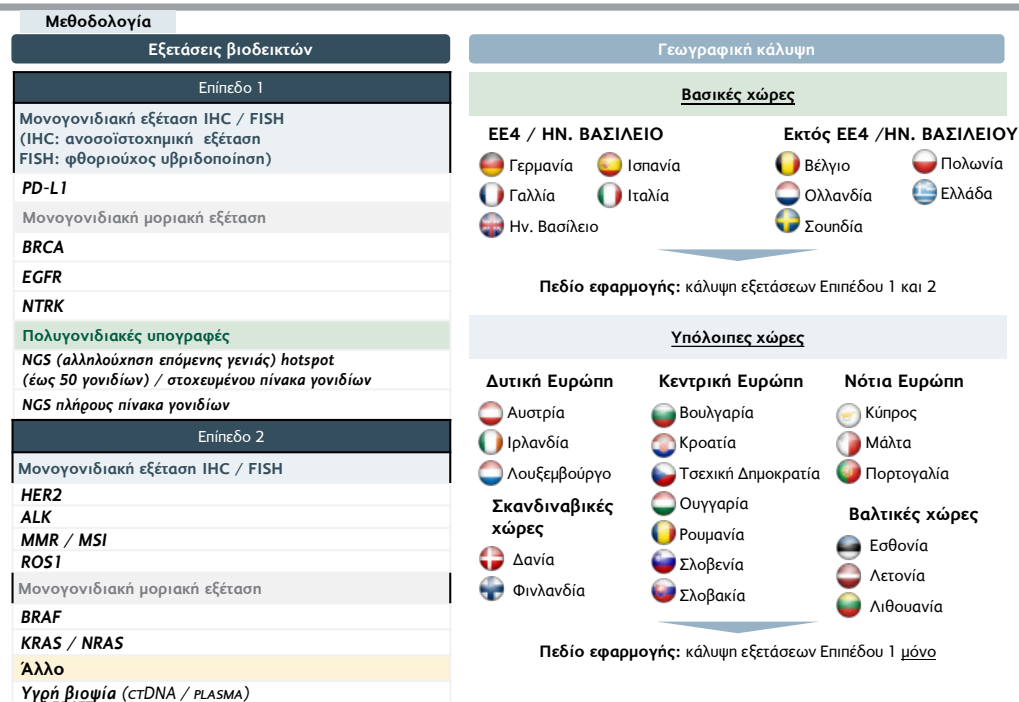


Στοχευμένη θεραπεία για αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα - 2020



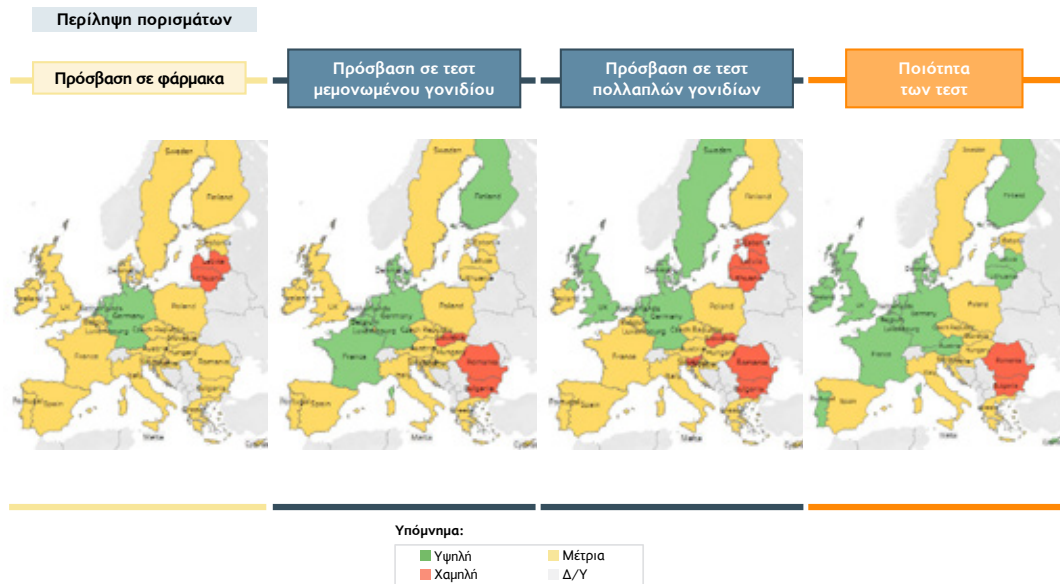
Διαφάνεια 1

Έχουμε αξιολογήσει την ποιότητα 12 εξετάσεων βιοδεικτών και υγρής βιοψίας, καθώς και την πρόσβαση σε αυτές σε μια ομάδα 10 «βασικών» χωρών και σε μια ομάδα 18 «μη βασικών» χωρών στην Ευρώπη



Διαφάνεια 2

Η έρευνα δείχνει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην πρόσβαση σε φάρμακα και τεστ βιοδεικτών, καθώς και στην ποιότητα των τεστ βιοδεικτών στις χώρες της Ευρώπης



Σημείωση: Ο βαθμός πρόσβασης σε φάρμακα υπολογίστηκε βάσει του συνολικού αριθμού αποζημιωθεισών στοχευμένων φαρμακευτικών αγωγών ανά χώρα. Ο βαθμός πρόσβασης σε μονογονιδιακά και πολυγονιδιακά τεστ υπολογίστηκε βάσει της πρόσβασης σε εργαστήρια, της διάθεσης του συγκεκριμένου τεστ (σε συνάρτηση με το πότε έγινε διαθέσιμο για πρώτη φορά), του ποσοστού των τεστ των οποίων το κόστος αποζημιώθηκε, και του ρυθμού χρήσης τους. Η ποιότητα των τεστ προέκυψε από τη συνδυαστική βαθμολόγηση της συμμετοχής στα ευρωπαϊκά προγράμματα διασφάλισης ποιότητας EQA, της πιστοποίησης ISO, και του ρυθμού επεξεργασίας των δειγμάτων (τόσο για τα μονογονιδιακά όσο και για τα πολυγονιδιακά τεστ)

Πηγή: IQN Path / EFPIA Lab manager survey (2020); L.E.K. research and analysis

Διαφάνεια 3

Βραχυπρόθεσμες συστάσεις πολιτικής

✓ Βραχυπρόθεσμοι στόχοι Συστάσεις

1. **Παράλληλη έγκριση του φαρμάκου και του αντίστοιχου ελέγχου βιοδεικτών:** να αναπτυχθεί διαδικασία για παράλληλη έγκριση φαρμάκου και του αντίστοιχου ελέγχου βιοδεικτών (για λόγους κανονιστικής έγκρισης αλλά και αποζημίωσης κόστους)
2. **Εθνικό σύστημα αξιολόγησης του ελέγχου βιοδεικτών:** να αναπτυχθεί μια αποτελεσματική διαδικασία αξιολόγησης για νέους ελέγχους βιοδεικτών, που να καθορίζει σαφή κριτήρια για την αξιολόγησή τους, να αναγνωρίζει τα ευρύτερα οφέλη του συστήματος υγείας από τον έλεγχο βιοδεικτών και να επιτρέπει την ενσωμάτωση νέων δεδομένων καθώς αυτά παράγονται (είτε σε κλινικές δοκιμές είτε στην κλινική πράξη)
3. **Ειδικό προϋπολογισμό ελέγχου βιοδεικτών:** να εισαχθούν ειδικοί διαγνωστικοί προϋπολογισμοί προς υποστήριξη της αποζημίωσης όλων των ελέγχων βιοδεικτών, καταργώντας τις περιφερειακές διαφοροποιήσεις και την ανισότητα στην πρόσβαση
4. **Υποχρεωτική πιστοποίηση ISO και συμμετοχή στο πρόγραμμα EQA:** να δοθεί εντολή ώστε τα εργαστήρια να επιδιώξουν την πιστοποίηση ISO και τη συμμετοχή στα προγράμματα EQA, καλύπτοντας όλα τα προγνωστικά τεστ βιοδεικτών και τεχνικές ελέγχου, να οριστούν ειδικοί προϋπολογισμοί σε εθνικό επίπεδο για τη χρηματοδότηση συμμετοχής σε προγράμματα διασφάλισης ποιότητας
5. **Περιφερειακά κέντρα ελέγχου:** να ενθαρρυνθούν η δημιουργία περιφερειακών κέντρων ελέγχου βιοδεικτών προς βελτίωση της αποτελεσματικότητας από άποψη κόστους, η ανάπτυξη τεχνικής εμπειρογνομosύνης και επένδυσης στις τεχνολογίες ελέγχου και να διασφαλιστεί ο γρήγορος χρόνος παράδοσης μέσω υψηλού ρυθμού επεξεργασίας δειγμάτων και κατάλληλης εξειδίκευσης, με τυποποιημένες προσεγγίσεις για εσωτερική και εξωτερική διασφάλιση ποιότητας
6. **Εκπαίδευση εμπλεκόμενων:** να διασφαλιστεί η δυνατότητα εκπαίδευσης για τους βασικούς εμπλεκόμενους (π.χ. γιατρούς, παθολόγους, πληρωτές, ομάδες υποστήριξης ασθενών, διαμορφωτές πολιτικής) σχετικά με τη χρησιμότητα του ελέγχου βιοδεικτών, τις οδούς πρόσβασης σε ελέγχους και τις πηγές αποζημίωσης, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της εξέλιξης της νόσου. Αυτό περιλαμβάνει την ενεργή προώθηση των κατευθυντηρίων οδηγιών της ESMO / ESP από συλλόγους ιατρών και ενώσεις για τον καρκίνο στα κράτη μέλη
7. **Κεντρική συλλογή εθνικών δεδομένων:** να θεσπιστεί η κεντρική συλλογή εθνικών δεδομένων προς αξιοποίηση κλινικών-γονιδιακών δεδομένων που συλλέγονται κατά τον έλεγχο βιοδεικτών, για την καλύτερη κατανόηση των γονιδιακών αλλοιώσεων και του ρόλου τους στην εξέλιξη του καρκίνου
8. **Διαδικασίες ανίχνευσης του ορίζοντα:** να καθιερωθούν διαδικασίες «ανίχνευσης του ορίζοντα», δηλαδή διερεύνησης μελλοντικών αναγκών όσον αφορά τους υπάρχοντες αλλά και καινούριους ελέγχους βιοδεικτών, προκειμένου να προβλέπονται καλύτερα η μελλοντική ζήτηση και οι αντίστοιχες χρηματοδοτικές ανάγκες

Διαφάνεια 4



Στέλλα Κυριακίδου

Επίτροπος Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εξέχοντες προσκεκλημένοι, κυρίες και κύριοι,

Είναι ευχαρίστησή μου να βρίσκομαι μαζί σας αυτό το πρωινό. Ευχαριστώ το *The Economist* για τη διοργάνωση αυτού του συνεδρίου. Σήμερα μιλάμε συγκεκριμένα για τον καρκίνο του πνεύμονα, εξαιτίας του οποίου τον τελευταίο χρόνο έχασαν τη ζωή τους περισσότεροι από 250.000 άνθρωποι στην ΕΕ και ο οποίος αντιστοιχεί στο 12% όλων των νέων διαγνώσεων καρκίνου. Στην Ελλάδα, τα τρία τέταρτα των διαγνώσεων και των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα αφορούν τον ανδρικό πληθυσμό. Αλλά ο καρκίνος του πνεύμονα είναι επίσης ο καρκίνος με τους περισσότερους θανάτους μετά τον καρκίνο του στήθους στον γυναικείο πληθυσμό.

Αυτοί οι αριθμοί και αυτές οι τάσεις προκαλούν μεγάλη ανησυχία. Ακόμα περισσότερο επειδή η covid-19 καθιστά πιο δύσκολο το έργο της αντιμετώπισης του καρκίνου. Έτσι, πρέπει να διπλασιάσουμε τις προσπάθειές μας για να αντιμετωπίσουμε όλους τους καρκίνους, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα. Για να το κάνουμε αυτό, έχουμε τώρα το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Καταπολέμησης του Καρκίνου.

Αυτό το ευρωπαϊκό σχέδιο για τον καρκίνο περιλαμβάνει ισχυρά και αποφασιστικά μέτρα τα οποία εντάσσονται σε τέσσερις βασικούς πυλώνες, που αφορούν όλη τη διαδρομή του καρκίνου.

Ο πρώτος πυλώνας βασίζεται στις τεράστιες δυνατότητες πρόληψης. Θα δώσει έμφαση και θα αντιμετωπίσει τους βασικούς παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα και η έκθεση στη ρύπανση, τα καρκινογόνα συστατικά και η ακτινοβολία – όλα αυτά αποτελούν παράγοντες του καρκίνου του πνεύμονα. Παράλληλα, ο επικαιροποιημένος Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου θα προσφέρει σαφή καθοδήγηση σχετικά με το πώς μπορούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο του καρκίνου για τον εαυτό μας και τις οικογένειές μας.

Επίσης, μέχρι το 2040 θέλουμε να δημιουργήσουμε μια «γενιά απαλλαγμένη από καπνό» – στην οποία λιγότερο από το 5% θα χρησιμοποιεί προϊόντα καπνού. Αυτό σε σύγκριση με ένα ποσοστό σχεδόν 40% στην Ελλάδα σήμερα. Και μόνο με τον τερματισμό της χρήσης προϊόντων καπνού θα μπορούσαν να αποφευχθούν 9 στις 10 περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα. Έτσι, ο πυλώνας της πρόληψης αφορά σαφώς την Ελλάδα.

Για παράδειγμα, θέτει κανείς ως στόχο πρωτοβουλίες που αυξάνουν την ευαισθητοποίηση για την πρόληψη του καρκίνου στους ενήλικους και τους μαθητές. Και κάνει βήματα προς τον περιορισμό της πρόσβασης σε συγκεκριμένα προϊόντα καπνού. Πρέπει όλοι να εργαστούμε σκληρά για να πιάσουμε τον στόχο του 5% στη χρήση προϊόντων καπνού. Αλλά ήδη γνωρίζουμε ότι η συνεργασία σε όλη την ΕΕ σε θέματα όπως αυτό μπορεί να φέρει αποτελέσματα.

Το σχέδιο κοινής δράσης για τον έλεγχο των προϊόντων καπνού, το οποίο συντονίζεται από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, λαμβάνει υπ' όψιν ότι τα κράτη μέλη ενώνουν τις δυνάμεις τους για να υποστηρίξουν την Οδηγία της ΕΕ για τα Προϊόντα Καπνού. Αυτό δείχνει ότι βρίσκεται σε εξέλιξη μια επιτυχημένη ομαδική δουλειά σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Ο δεύτερος πυλώνας μας περιλαμβάνει ένα φάσμα μέτρων για την πρώιμη διάγνωση. Θα δημιουργήσουμε ένα νέο σύστημα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου στην ΕΕ, το οποίο, μέχρι το 2025, θα προσφέρει προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του στήθους και του παχέος εντέρου στο 90% του πληθυσμού που θα τεθεί ως στόχος.

Θα εργαστούμε με τα κράτη μέλη για την αναθεώρηση των συστάσεων του Συμβουλίου της ΕΕ για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου, που μπορούν να επεκταθούν και στον καρκίνο του πνεύμονα. Και θα χρησιμοποιήσουμε σύγχρονες ψηφιακές λύσεις και καλύτερη γνώση πάνω στην πρόληψη, ώστε περισσότεροι Ευρωπαίοι να έχουν προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ο τρίτος πυλώνας, που αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία, εισάγει δύο εμβληματικές πρωτοβουλίες, που θα έχουν αντίκτυπο στην περίθαλψη του καρκίνου του πνεύμονα.

Πρώτον, ένα νέο ευρωπαϊκό δίκτυο ολοκληρωμένων κέντρων καρκίνου, τα οποία θα προσφέρουν σε όλη την ΕΕ την υψηλότερη δυνατή ποιότητα φροντίδας.

Δεύτερον, μια καινοτόμο πρωτοβουλία Διάγνωσης και Θεραπείας του Καρκίνου για Όλους, που θα προσφέρει την καλύτερη δυνατή πρόσβαση σε νέες διαγνωστικές μεθόδους και θεραπείες.

Ανάμεσα σε όλα αυτά που κάνουμε, θα επιδιώξουμε να αντιμετωπίσουμε τις έντονες ανισότητες σχετικά με όλους τους τύπους καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα. Το Μητρώο Ανισοτήτων Καρκίνου θα εξετάσει, στη βάση στοιχείων, το πώς η παρέμβαση και η επένδυση σε επίπεδο ΕΕ, εθνικό και περιφερειακό μπορεί να βοηθήσει να κλείσουν αυτά τα χάσματα. Ο στόχος δεν είναι να κουνάμε το δάχτυλο εκεί που τα χάσματα είναι μεγαλύτερα, αλλά να τείνουμε χείρα βοήθειας εκεί που οι ανάγκες είναι μεγαλύτερες. Δεν πρέπει να αφήσουμε κανέναν πίσω.

Τέλος, υπάρχει ο τέταρτος πυλώνας, με την εμβληματική Πρωτοβουλία Καλύτερης Ζωής για Ασθενείς με Καρκίνο. Μέσω αυτής της πρωτοβουλίας θα εισαγάγουμε μια έξυπνη κάρτα για όσους επιβιώνουν από τον καρκίνο και ένα Ευρωπαϊκό Ψηφιακό Κέντρο για Ασθενείς με Καρκίνο, ώστε να ανταλλάσσουμε δεδομένα σχετικά με τους ασθενείς και να παρακολουθούμε την υγεία όσων επιβιώνουν.

Εστιάζουμε εδώ στην ποιότητα ζωής. Θέλουμε οι επιβιώσαντες από καρκίνο να ζουν μια ζωή που να τους προσφέρει ικανοποίηση ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας. Έχουν παλέψει σκληρά ενάντια στον καρκίνο. Το τελευταίο που χρειάζονται μετά από αυτό είναι να παλεύουν για τα βασικά τους δικαιώματα.

Κυρίες και κύριοι,

Το σημερινό συνέδριο μιλάει για την ανάγκη «να αναπνεύσουμε καθαρό αέρα». Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Καταπολέμησης του Καρκίνου είναι αληθινά μια ανάσα καθαρού αέρα, που θα μεταμορφώσει τη συνεργασία μας σε επίπεδο ΕΕ σχετικά με τον καρκίνο, ώστε αυτή να ωφελήσει όλους τους Ευρωπαίους. Από την πρόληψη σε νεαρή ηλικία μέχρι τη θεραπεία και τη φροντίδα σε προχωρημένη ηλικία, θα δώσει απαντήσεις στις ανάγκες των ασθενών παντού.

Ο Ιπποκράτης χαρακτήριζε την υγεία ως τη μεγαλύτερη ευλογία για τους ανθρώπους. Ας το έχουμε στον νου μας καθώς αγωνιζόμαστε από κοινού να κάνουμε τον καρκίνο παρελθόν και να κάνουμε την Ευρώπη ένα πιο υγιεινό μέρος για όλους μας.



Ιωάννης Μπουκοβίνας

Ογκολόγος παθολόγος
Επιστημονικός υπεύθυνος της Ογκολογικής Μονάδας της BIOCLINIC, Θεσσαλονίκη
Πρόεδρος της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)

Θα ήθελα κατ' αρχάς να ευχαριστήσω το *The Economist* για την τιμή που μου κάνει να προλογίσω αυτό το πάνελ. Και ταυτόχρονα να ευχαριστήσω τους μέχρι τώρα καθηγητές μου και διευθυντές μου, οι οποίοι με μύησαν στον περιπετειώδη κόσμο του καρκίνου του πνεύμονα και ιδιαίτερα το Πανεπιστήμιο της Κρήτης για τη δυνατότητα που μου έδωσε να ολοκληρώσω το διδακτορικό μου πάνω στον καρκίνο του πνεύμονα και τους βιοδείκτες.

Τον Ιανουάριο του 2019 στις Βρυξέλλες έγινε η πρώτη επίσημη παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας του The Economist Intelligence Unit σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, τις οποίες συνέκρινε μεταξύ τους για το αν πληρούν τα κριτήρια ώστε να εφαρμόζονται οι καλύτερες πολιτικές πάνω στον καρκίνο του πνεύμονα.

Δεν είναι μόνο το *The Economist* κάθε περιοδικό που σέβεται τον εαυτό του προσπαθεί να έχει κάποιο paper για τον καρκίνο. Είναι πολύ σημαντικό αυτό που γράφει το *Politico* το 2018, γιατί πεθαίνουν οι ασθενείς στην Ευρώπη νωρίτερα από τους ασθενείς στην Αμερική. Ακόμα και αν κατηγορήσουμε το σύστημα στην Αμερική ότι είναι αρκετά ιδιωτικό, βλέπετε μια τεράστια διαφορά στην επιβίωση σε σχέση με τον μέσο ευρωπαϊκό χώρο και κάθε χώρα πώς διαφέρει με τον αμερικανικό και ευρωπαϊκό όρο. (Βλ. [διαφάνεια 1](#))

Ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα μπορούμε να διαπιστώσουμε τις διαφορές στην επιβίωση μεταξύ Ηνωμένων Πολιτειών και Ευρώπης, όπου η θνησιμότητα, προσαρμοσμένη στην ηλικία, είναι πολύ υψηλότερη στην Ευρώπη από ό,τι είναι στην Αμερική. (Βλ. [διαφάνεια 2](#))

Σίγουρα θα αναρωτηθεί κανείς πού οφείλεται αυτό. Βλέπουμε ότι σαφώς ένα μεγάλο μέρος των ενήλικων Ευρωπαίων πολιτών έχει ως χόμπι το κάπνισμα, ενώ η δυνατότητα αυτή στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι περίπου στο μισό. Και στην ΕΕ βλέπουμε, από πρόσφατο roll το οποίο ανακοινώθηκε τον Φεβρουάριο του 2021, ότι η Ελλάδα μαζί με τη Βουλγαρία και την Κροατία έχουν τις ισχυρότερες καπνιστικές συνήθειες. (Βλ. [διαφάνεια 3](#))

Αυτό, αν το συνδυάσουμε με κάποια ελληνικά δεδομένα, θα δούμε ότι ξεκινάει από μικρές ηλικίες (Βλ. [διαφάνεια 4](#)). Με βάση μετρήσεις που έγιναν από το 2007 έως το 2015, πάρα πολλοί μαθητές είτε καπνίζουν ηλεκτρονικό είτε καπνίζουν το γνωστό τσιγάρο και εθίζονται από νωρίς στην καπνιστική συνήθεια.

Και δεν είναι μόνο ότι καπνίζουμε περισσότερο στην Ευρώπη από μικρή ηλικία σε σχέση με την Αμερική. Αυτό που έχει πολύ μεγάλη σημασία είναι ότι οι καινούργιες θεραπείες ουσιαστικά άνοιξαν τον δρόμο για τη μείωση της θνησιμότητας στον καρκίνο του πνεύμονα. (Βλ. [διαφάνειες 5 και 6](#)). Βλέπουμε ασθενείς οι οποίοι διαγνώστηκαν μέχρι το 2006 και ασθενείς που διαγνώστηκαν μετά το 2006, και ειδικά το 2010-2015, και βλέπουμε ότι κάθε χρόνο πέφτει η θνησιμότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες για τους ασθενείς οι οποίοι διαγνώστηκαν από το 2006 έως το 2013 κατά 3,2% για τον καρκίνο του πνεύμονα, από εκεί και πέρα, με την εισαγωγή των καινούργιων θεραπειών πέφτει κατά 6,3% ετησίως η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα. (Βλ. [διαφάνεια 7](#))

Μπορούμε να καταλάβουμε γιατί τα καλά περιοδικά και η καλή ιατρική έχουν μια σχέση. Αυτό ουσιαστικά οφείλεται στην προσκόλληση και των μεν και της δε στις ανθρώπινες ιστορίες, στο πιο ουσιαστικό κομμάτι της κοινωνίας. Λατρεύουμε ως αναγνώστες αυτές τις ιστορίες, αλλά και εφαρμόζουμε ως γιατροί το άκουσμα των ιστοριών από τους ασθενείς μας και τη δυνατότητα να μείνουμε προσπλωμένοι σε αυτές και ακούγοντάς τους να επιδιώξουμε τους στόχους μας.

Αν δούμε τη θνησιμότητα των τριών πιο συχνών καρκίνων (παχέος εντέρου, μαστού, προστάτη) σε σχέση με τον καρκίνο του πνεύμονα, καταλαβαίνουμε ουσιαστικά ότι ο τελευταίος είναι μακράν αυτός ο οποίος σκοτώνει περισσότερο και από τους τρεις μαζί. (Βλ. [διαφάνεια 8](#))

Στην ΕΕ, από μετρήσεις της Eurostat, μετά τα καρδιακά επεισόδια και τα ατυχήματα, ο καρκίνος του πνεύμονα, και στους άντρες και στις γυναίκες, είναι η 3η αιτία θανάτου. (Βλ. [διαφάνεια 9](#)). Η συσχέτιση αυτή παραμένει σταθερή τα τελευταία δέκα χρόνια – τα μόνα που μειώθηκαν είναι τα τροχαία ατυχήματα. (Βλ. [διαφάνεια 10](#))

Κάτι επίσης πολύ σημαντικό που προκύπτει από τους ίδιους τους ασθενείς είναι ότι για ένα μεγάλο μέρος των διαγνώσεων για όλα τα είδη καρκίνου στην Ελλάδα –από μετρήσεις που έκανε η ΕΛΛ.Ο.Κ.– η αρχική διάγνωση είτε καθυστέρησε, για λόγους λανθασμένης διάγνωσης, είτε υπήρξε καθυστερημένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας. (Βλ. [διαφάνεια 11](#))

Και αν σε αυτό προσθέσουμε το δημογραφικό ζήτημα, το οποίο είναι πάρα πολύ σημαντικό στην Ελλάδα, με την αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών τα επόμενα χρόνια, αντιλαμβανόμαστε πόσο σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας γίνεται ο καρκίνος του πνεύμονα. (Βλ. διαφάνεια 12)

Δεν είναι ένα σημαντικό πρόβλημα μόνο σε θέματα ποιότητας ζωής και ακρίβειας ζωής, αλλά και από την άποψη του πόσο μεγάλο οικονομικό αντίκτυπο έχει σε σχέση με όλους τους τύπους καρκίνου – πολύ μεγαλύτερο από τους καρκίνους παχέος εντέρου, μαστού και προστάτη. Εν αντιθέσει με αυτό το οικονομικό βάρος, μόνο ένα ελάχιστο ποσό χρημάτων ξοδεύεται από διάφορα funds για ενίσχυση της έρευνας και της βελτίωσης των συνθηκών αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα.

Στην Ελλάδα έχουμε το 2ο υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος στην ΕΕ, το οποίο αγγίζει κατά μέσο όρο το 25%-27%. Είναι η 3η αιτία θανάτου. Κάθε 90 λεπτά ένας Έλληνας ή μια Ελληνίδα πεθαίνει από καρκίνο του πνεύμονα. Όταν θα έχει τελειώσει αυτό το session, θα έχει πεθάνει ένας Έλληνας ή μια Ελληνίδα από καρκίνο του πνεύμονα.

Κατά συνέπεια, αυτό είναι το μεγάλο μας πρόβλημα. Και σαφώς πρέπει να κάνουμε κάτι για να μειώσουμε την επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα στην ελληνική κοινωνία και να βελτιώσουμε την έκβαση των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους σε ένα βιώσιμο σύστημα υγείας. Θα πρέπει τα ανατακλαστικά του συστήματος υγείας να είναι πολύ οξυμένα για να προλάβουμε τα χειρότερα με τον καρκίνο του πνεύμονα εν μέσω πανδημίας, αλλά μιλάμε και για έναν καινούριο κόσμο μετά την ολοκλήρωση της πανδημίας. Εν μέσω πανδημίας ξέρουμε ότι οι διαγνώσεις του καρκίνου του πνεύμονα μειώθηκαν σε σχέση με το 2019 κατά 38%, σημάδι ότι οι ασθενείς πάνε πολύ καθυστερημένα στους γιατρούς τους.

Όπως ανέφερε και η Δρ Bussell, ο καρκίνος του πνεύμονα πρέπει να έχει στρατηγική προτεραιότητα. Ποτέ μέχρι σήμερα ένα σύστημα υγείας στην Ελλάδα δεν ανέδειξε τον καρκίνο του πνεύμονα ως προτεραιότητα. Δεν ανέδειξε και άλλες προτεραιότητες, αλλά πώς να μην επενδύσεις σε κάτι που είναι η 3η αιτία θανάτου σήμερα στην Ελλάδα, με έναν τρομακτικό αριθμό, πάνω από 10.000 νεκροί κατ' έτος από τον καρκίνο του πνεύμονα.

Άρα, χρειαζόμαστε ένα εθνικό σχέδιο δράσης, με κατευθυντήριες οδηγίες. Η αναγωγή του σε θέμα δημόσιας υγείας σχετίζεται με στρατηγικές ελέγχου του καπνίσματος, με το screening και την ενημέρωση για συμπτώματα. Είναι ένας αγώνας χρόνου, γιατί η καθυστέρηση οδηγεί σε ανεύρεση υψηλότερων ποσοτών καρκίνου σε χειρότερο στάδιο. Πρέπει να επενδύσουμε σε δίκτυα αναφοράς, στη διαθεσιμότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων και την ισότιμη πρόσβαση σε θέματα υγείας.

Και βέβαια, αφήνουμε ακάλυπτα ένα σωρό θέματα στο σύστημα υγείας μας, όπως είναι η ψυχολογική στήριξη, μαζί με την υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Όλο αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει το εφελτήριο, μαζί με την ίδρυση κάποιων μπτρώων ασθενών, για την καινοτομία, για την έρευνα, για τη συγκράτηση των «εγκεφάλων», ώστε να μη φεύγουν από την Ελλάδα.

Η ΕΟΠΕ προσπαθεί διαρκώς να επενδύσει πάνω σε βασικές αλλαγές σε θέματα υγείας, από τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες μέχρι την ολοκλήρωση των διαφόρων consensus πάνω στα NGS και στον καρκίνο του πνεύμονα. Ξεκίνησε μια πρωτογενή δουλειά, κατά την οποία ήταν η μοναδική φορά που αποζημιώθηκαν βιοδείκτες στην Ελλάδα, το 2014.

Επίσης, υπάρχει το πρόγραμμα αγωγής υγείας που έχει εκπονήσει η ΕΟΠΕ και το οποίο σύντομα θα μπει στα σχολεία, στο δημοτικό, το γυμνάσιο και το λύκειο, στο πλαίσιο του βιώσιμου στόχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Το όραμα ενός Σχεδίου Δράσης για τον καρκίνο την επόμενη πενταετία στην Ελλάδα αφορά τρεις άξονες:

- Λιγότερους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα
- Περισσότερους ασθενείς που θα επιζήσουν από τον καρκίνο του πνεύμονα
- Καλύτερη εμπειρία ζωής για τους ασθενείς και τους φροντιστές τους

Οι αρχές του Σχεδίου Δράσης, οι οποίες έχουν να κάνουν με αυτά που υποστηρίζει και ο ΠΟΥ, είναι:

- Προσανατολισμός στους στόχους με συνεχή βελτίωση των διαδικασιών, ώστε να αυξάνεται η ποιότητα ζωής και η μακροβιότητα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα και των φροντιστών τους.
- Εστίαση στις πραγματικές ανάγκες των ανθρώπων με καρκίνο του πνεύμονα, όπως και των φροντιστών τους καλύπτοντας αυτές τις ανάγκες και διασφαλίζοντας την ενεργό συμμετοχή τους.
- Συστηματική διαδικασία λήψης αποφάσεων οργανώνοντας δεδομένα, αναδεικνύοντας κοινωνικές αξίες και κάνοντας αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων.
- Συνεργασία και ενίσχυση όλων των δυνατοτήτων που υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων φορέων και που βασίζονται στην εμπιστοσύνη και τη συμπληρωματικότητα κατά διάφορους κλάδους και τομείς.
- Εξατομίκευση, γιατί δεν υπάρχουν δύο ασθενείς ίδιοι με καρκίνο του πνεύμονα, δεν υπάρχουν ούτε βιολογικά αλλά ούτε και ως προς τις ανάγκες τους.
- Συνδιαμόρφωση μαζί με τους ασθενείς, ώστε να μην υπάρχει ο κατακερματισμός της φροντίδας, αλλά ο ασθενής



να είναι στην καρδιά του σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας και να ζητά με αποφασιστικότητα οι υπηρεσίες να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του.

- Ενίσχυση της αυτοδιαχείρισης της υγείας των ασθενών, ώστε μέσα από την ενδυνάμωσή τους να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες που διασφαλίζουν τη διατήρηση της υγείας τους και τη διαχείριση των αναγκών τους.
- Τα δεδομένα ως οδηγό για συνεχή βελτίωση και παρακολούθηση για την επίτευξη ακόμα μεγαλύτερης προόδου μέσω της καινοτομίας και της τεχνολογίας.

Οι στρατηγικοί στόχοι ενός τέτοιου προγράμματος θα πρέπει να είναι:

- Χρήση καπνού σε ποσοστό κάτω του 20% έως το 2026 και, αν είναι δυνατόν, ικανοποιώντας τον στόχο της ΕΕ, να φτάσουμε στο 3% το 2040.
- Μείωση των νέων περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα κατά 10% πέντε έτη μετά την εφαρμογή του προγράμματος.
- Μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα κατά 30% όταν τελειώσει το πρόγραμμα.
- Αύξηση της 2ετούς και 5ετούς επιβίωσης κατά 35% με την ολοκλήρωση του προγράμματος σε σχέση με το τι ισχύει τώρα.
- Καταγραφή του υψηλότερου ποσοστού ικανοποίησης των ασθενών – πάνω από 80% πρέπει να είναι ο στόχος σε ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Η πρόταση της ΕΟΠΕ για ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης βασίζεται στη μαχόμενη ογκολογία, σε αυτά που βλέπουμε κάθε μέρα. Δεν κάνουμε πολιτική υγείας, δεν είμαστε επαγγελματίες πολιτικής της υγείας, αλλά αγωνιούμε για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουμε κάθε μέρα και για τα κενά του συστήματος.

Συνεργαζόμενοι με τους άλλους επιστημονικούς φορείς, με τις δυνατότητες που παρέχει η συνεργασία με τις ρυθμιστικές αρχές, με τα advocacy groups, με τις εθελοντικές οργανώσεις μπορούμε να οικοδομήσουμε αυτό το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, που καλύπτει ό,τι ακριβώς ανέφεραν η Δρ Mary Bussell και η Επίτροπος Υγείας κ. Κυριακίδου.

Από την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση, το δίκτυο αναφοράς και τη διαχείριση της αρρώστιας και αν τα πάρομα αυτά αναλυτικά, θα δούμε ότι σίγουρα στην πρόληψη σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν:

- Η πανελλήνια εκστρατεία ενημέρωσης κατά του καπνίσματος, επενδύοντας όχι στις συνέπειές του αλλά στα οφέλη της διακοπής του. Βέβαια, αυτό θα πρέπει να έχει προεξάρχοντα στόχο την αποφυγή στιγματοποίησης.
- Σχολικά προγράμματα ευαισθητοποίησης, σαν και αυτό που είδατε ότι θα εφαρμόσει η ΕΟΠΕ σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας.
- Ενεργοποίηση του Εθνικού Προγράμματος Προαγωγής της Σωματικής Άσκησης και της Υγιεινής Διατροφής (ΕΠ-ΠΣΑΥΔ) και ένταξη όλων των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου.
- Ανάπτυξη, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, κατευθυντήριων οδηγιών για τη διατροφή και τη σωματική άσκηση για την πρόληψη γενικά του καρκίνου αλλά και του καρκίνου του πνεύμονα, γιατί ένα ποσοστό αφορά μη καπνιστές.
- Ενίσχυση ιατρικών διακοπής καπνίσματος και, αν είναι δυνατόν, 24ωρη γραμμή υποστήριξης για τη διακοπή καπνίσματος από τον ΕΟΔΥ.
- Εναρμόνιση με την ανανέωση της ευρωπαϊκής νομοθεσίας για τον καπνό και επέκταση των χώρων χωρίς καπνό σε δημόσιους χώρους συμπεριλαμβάνοντας και ηλεκτρονικά τσιγάρα μέχρι το 2023.
- Εκστρατεία ενημέρωσης για την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τις επιπτώσεις της έκθεσης στην ατμοσφαιρική ρύπανση, μέσα από τη διενέργεια προγραμμάτων οικολογικής και περιβαλλοντικής εκπαίδευσης από το Ελληνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων του ΠΟΥ, για την προώθηση της ποδηλασίας και της πεζοπορίας στις πόλεις μαζί με τη χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς
- Εναρμόνιση των δράσεων αυτών με τον ευρωπαϊκό οδηγό “Sustainable Urban Mobility Planning Guide”, καθώς και υποστήριξη της ευρωπαϊκής καμπάνιας που τίθεται από το 2021, “HealthyLifestyle4All”.

Ο στόχος μέχρι το 2026 θα πρέπει να είναι αυτό ακριβώς που αναφέραμε στην αρχή:

- Η μείωση του ποσοστού των καπνιστών κατά 3%, ή σε ποσοστό να φτάσουμε τον μέσο όρο στην ΕΕ, στο 20%.
- Η μείωση του ποσοστού των καπνιστών 10-14 ετών κατά 100%, αν είναι δυνατόν, ή κατά 80%, γιατί δεν νοείται παιδιά να καπνίζουν από την ηλικία των 10 ετών.
- Η μείωση του όγκου πωλήσεων τσιγάρων κατά 35%.
- Η μείωση του ποσοστού του πληθυσμού με παχυσαρκία, είτε αφορά υπέρβαρα παιδιά είτε ενήλικες, τουλάχιστον κατά 15%.
- Αύξηση της χρήσης των μέσων μαζικής μεταφοράς και αντικατάσταση αυτών από φιλικά προς το περιβάλλον οικολογικά οχήματα, με την αύξηση των ποδηλάτων και των ποδηλατοδρόμων.

Όσον αφορά την έγκαιρη και πρώιμη διάγνωση κύρια σημεία αποτελούν:

- Η διενέργεια οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα με τη χαμηλής δόσης αξονική τομογραφία μάς δίνει το στίγμα ως προς το πού πρέπει να κινηθούμε.
- Οι κατευθυντήριες οδηγίες για το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου και η εκπαίδευση των αντίστοιχων επαγγελματιών υγείας που θα το υλοποιήσουν, αλλά και της πρωτοβάθμιας φροντίδας – γιατί ένα σημαντικό κομμάτι αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα.

- Η ενημέρωση του κοινού και της ιατρικής κοινότητας, και ειδικά των ιατρών γενικής ιατρικής, για την έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων του καρκίνου του πνεύμονα.
- Η πρόσβαση των επιστημόνων στην καινοτομία και τα καινούργια εργαλεία που αναπτύσσονται από την ΕΕ με την “European Cancer Imaging Initiative”.
- Δημιουργία δικτύων ογκολόγων και ογκολογικών κέντρων με γενικούς ιατρούς/παθολόγους και δυνατότητα επικοινωνίας μέσω της τηλεϊατρικής.

Οι στόχοι μέχρι το 2026 θα πρέπει να είναι:

- Περίοδος παραπομπής των ασθενών με συμπτώματα από τον καρκίνο του πνεύμονα από πρωτοβάθμιας φροντίδας γιατρό στον αντίστοιχο ειδικό εντός 2-4 εβδομάδων.
- Το ποσοστό των ασθενών που παραπέμπεται από ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ογκολόγο που ασχολείται με τον πνεύμονα εντός 2 και 4 εβδομάδων να αυξηθεί κατά 50% και 95%.
- Χρόνος αναμονής για διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων, από την αξονική μέχρι τη βρογχοσκόπηση, όχι περισσότερο από 7 ημέρες.
- Λήψη αποτελεσμάτων διαγνωστικών εξετάσεων-βιοψιών εντός 15 ημερών από τη διενέργειά τους
- Μέσος χρόνος διάγνωσης στις 4 εβδομάδες
- Αύξηση του ποσοστού που ανιχνεύεται στο 1ο και 2ο στάδιο από 17% στο 25% και, αν υιοθετηθεί το LDCT, να μπορέσουμε μέσα σε 5 χρόνια να υποβάλουμε σε αυτό ένα –μέτριο– εκτιμώμενο ποσοστό, –είδατε το ποσοστό που εκτιμάται ότι θα βάλουν στην Κροατία– 20.000 καπνιστές υψηλού ρίσκου.

Όσον αφορά τη διαχείριση της νόσου χρειάζεται:

- Καθιέρωση επιταχυνόμενης διαδικασίας αξιολόγησης ογκολογικών βιοδεικτών στο ΚΕΣΥ-Ταυτόχρονη αποζημίωση προβλεπτικών δεικτών με το αντίστοιχο φάρμακο
- Καθιέρωση ενός ξεχωριστού budget βιοδεικτών για καρκίνο πνεύμονα, ο οποίος όμως έχει πάρα πολλές υπο-ομάδες που απαιτούν βιοδείκτες από τον ΕΟΠΥΥ, με κριτήρια ποιοτικής αξιολόγησης
- Εκπαίδευση των γιατρών αλλά και των πληρωτών για την αξία των βιοδεικτών
- Ενίσχυση χρηματοδότησης του Εθνικού Δικτύου Ιατρικής Ακρίβειας στην Ογκολογία, που μπορεί να επιτελέσει έναν πολύ σημαντικό ρόλο.
- Θεσμοθέτηση αποζημίωσης νέων θεραπειών εντός ενός έτους από την έγκριση EMA
- Καθιέρωση διαδικασίας για κατάθεση φακέλων στην HTA Επιτροπή με τη γνωμοδότηση CHMP και επιταχυνόμενη αξιολόγηση νέων ενδείξεων εντός διμήνου για θεραπείες που είναι ήδη αποζημιούμενες εντός συμφωνίας.
- Ανανέωση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης της νόσου
- Δημιουργία ανεξάρτητου μητρώου ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα εντός του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών και διασύνδεση του μητρώου ασθενών με ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς και ΗΔΙΚΑ δημοσίευση επίσημα έκθεσης.
- Ενσωμάτωση παραμέτρων και συλλογή δεδομένων που αποτυπώνουν τα αποτελέσματα των ασθενών στο μητρώο ασθενών (patient-reported outcomes, PROs)
- Ενδυνάμωση της κλινικής βιοϊατρικής έρευνας με την αναθεώρηση του πώς γίνεται αυτό στα νοσοκομεία
- Καμπάνια προώθησης της Ελλάδας ως χώρας κλινικών μελετών, ειδικά στον καρκίνο του πνεύμονα, με τόσο πολλά κρούσματα, σε κεντρικά γραφεία φαρμακευτικών και CROs.
- Καμπάνια προώθησης της σημασίας και των ωφελειών των κλινικών μελετών και στους άλλους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Ενίσχυση των υπηρεσιών ακτινοθεραπείας και της ψυχολογικής υποστήριξης στα ογκολογικά νοσοκομεία και των ογκολογικών νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Η ψυχολογική και ανακουφιστική θεραπεία να αποτελέσει εφελκυστήριο των νέων κατευθυντήριων οδηγιών για τον καρκίνο του πνεύμονα, με την εξάπλωση της ανακουφιστικής φροντίδας και την ανάπτυξη των δομών εκείνων που θα βοηθήσουν σε αυτήν την κατάσταση, με 24ωρη φροντίδα και τη δυνατότητα δημιουργίας νέων δικτύων εθελοντών. Θαύμασα το δίκτυο εθελοντών που υπήρχε στη Βενετία και προσέφερε ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα κατά το πρώτο κύμα του κορωνοϊού.
- Δημιουργία μιας ηλεκτρονικής κάρτας μέσα στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής σύστασης για ‘Cancer Survivor Smart-Card’ που θα διασφαλίζει την ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς.

Οι στόχοι για το 2026 θα πρέπει να είναι:

- Αποζημίωση βιοδεικτών εντός 6μήνου από την υποβολή φακέλου στο ΚΕΣΥ
- Αύξηση του ποσοστού ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα που υποβάλλονται σε εξειδικευμένο μοριακό έλεγχο στο 80%
- Αρ. νέων ογκολογικών θεραπειών που αποζημιώθηκαν εντός ενός έτους από την έγκριση EMA
- Οι νέες ενδείξεις που περνούν από τον EMA να αποζημιώνονται ταχύτατα εντός διμήνου
- Ο μέσος χρόνος αναμονής για ακτινοθεραπεία δεν θα πρέπει να είναι περισσότερο από έναν μήνα.
- Ο μέσος χρόνος αναμονής για ογκολογικές υπηρεσίες να μην είναι περισσότερο από 10 μέρες.
- Ο μέσος χρόνος αναμονής για χειρουργική που αφορά την ογκολογία του θώρακος θα πρέπει να είναι λιγότερος από έναν μήνα.
- Αύξηση του αριθμού των κέντρων ακτινοθεραπείας από τα υπάρχοντα στα 24, σύμφωνα με την πρόταση της



Ελληνικής Εταιρείας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας

- Το ποσοστό ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τα σωστά θεραπευτικά πρωτόκολλα, τα οποία υπάρχουν και στον ιστότοπο του υπουργείου Υγείας, να φτάσει στο 50%.
- Αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών με εξειδίκευση στην ογκολογία στα ογκολογικά κέντρα.
- Ποσοστό ασθενών που χρησιμοποιούν κατ' οίκον φροντίδα στο τελικό στάδιο της νόσου στο 80%
- Ποσοστό ασθενών που χρησιμοποιούν νοσοκομειακή περίθαλψη στο τελικό στάδιο της νόσου κάτω από 20%.
- Αύξηση του ποσοστού των ασθενών που είναι επαγγελματικά ενεργοί και επιστρέφουν στον χώρο εργασίας τους μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας καθώς και του ποσοστού των ασθενών με καρκίνο που έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη.

Όλα αυτά θέλουν χρήματα. Αλλά όλοι ξέρουμε ότι χρήματα υπάρχουν, αρκεί να δαπανηθούν σωστά. Από τη μελέτη της ΕΣΔΥ φάνηκε ότι ο καρκίνος τη δεκαετία 2020-30 θα αποτελέσει την προτεραιότητα για το σύστημα υγείας. Σύμφωνα με τη βαρύτητα που έχει στο σύστημα υγείας, θα πρέπει για κάθε 100 ευρώ που ξοδεύονται, τα 11 να πηγαίνουν για τον καρκίνο, κάτι που απέχει ακόμα από τη σημερινή πραγματικότητα στην Ελλάδα.

Η χρηματοδότηση αυτού του φιλόδοξου, μεγαλόπνοου αλλά ουσιαστικού Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον καρκίνο θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί από το Ταμείο Ανάκαμψης, μέσω του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, όπως προβλέπεται στο Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης, μαζί με μια πληθώρα χρηματοδοτικών πόρων, όπως: EU4Health, Horizon Europe, Digital Europe programme, Cohesion Policy Funds και Technical Support Instrument.

Πραγματικά δεν έχουμε εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο, ενώ γιορτάζουμε φέτος τα 50 χρόνια από την κήρυξη του πολέμου κατά του καρκίνου από τον πρόεδρο των ΗΠΑ Νίξον και τα 20 χρόνια από την ίδρυση του Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου της Γαλλίας από τον Ζακ Σιράκ, ο οποίος είπε ότι «είναι από τις μεγαλύτερες προκλήσεις του αιώνα μας».

Επίσης, ο πρώην πρόεδρος των ΗΠΑ Μπαράκ Ομπάμα και ο τότε αντιπρόεδρος και νυν πρόεδρος Μπάιντεν ανέπτυξαν μια πρωτοβουλία για το πώς όλα αυτά μπορούν να «δέσουν» σημαντικά χρησιμοποιώντας την ποιότητα των πληροφοριών υγείας, τις δυνατότητες της τεχνολογίας, τη δέσμευση και ενδυνάμωση των ασθενών, η οποία ονομάστηκε “Cancer Moonshot 2020”.

Με βάση την εμπειρία αυτών των κρατών, είναι αναγκαιότητα η ενεργοποίηση του Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών (ΕΙΝΕ), που είναι ψηφισμένη από το 2019 και η σύνταξη ενός νέου Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον καρκίνο, κάτι που θα μπορούσε το ΕΙΝΕ να παραγάγει στον χρόνο που απαιτείται.

Η υλοποίηση αυτού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον καρκίνο μπορεί να γίνει με έναν συντονισμό του οποίου θα μπορούσε ενδεχομένως να έχει την πρωτοβουλία η ΕΟΠΕ αλλά και με όλες τις επιστημονικές εταιρείες, τους συλλόγους των ασθενών και τις ρυθμιστικές αρχές, που θα παρακολουθείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο και θα έχει την πολιτική εποπτεία.

Και βέβαια, θα υπάρχουν τα εργαλεία καταγραφής των επιδημιολογικών δεικτών και ενός πίνακα άλλων εργαλείων, που θα παρακολουθούν την αξία των μέτρων που λαμβάνονται, θα ποσοτικοποιείται το όφελος και σε συνεργασία με τους κορυφαίους ακαδημαϊκούς στα οικονομικά της υγείας που διαθέτει η χώρα, να μπορέσουμε να παραγάγουμε τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, με βάση το τι ξοδεύουμε, τι παίρνουμε ως όφελος και πόσο ικανοποιημένος είναι ο χρήστης υπηρεσιών υγείας.

Καταλήγοντας, ο παλιός μας δάσκαλος, ο Rudolf Virchow, έλεγε ότι η ιατρική δεν είναι τίποτε άλλο παρά κοινωνική επιστήμη. Και οι πολιτικοί, αυτοί που έχουν τις τύχες των λαών στα χέρια τους, δεν κάνουν τίποτε άλλο από το να εφαρμόζουν ιατρική σε μεγάλη κλίμακα.


Γνωστοποιήσεις

Χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων από: MSD, BMS, Novartis, Roche, Regeneron, Amgen, Astra-Zeneca, Boehringer, Genesis, Lilly

Παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών σε/κάλυψη ταξιδιωτικών εξόδων από: MSD, BMS, Novartis, Roche, Amgen, Astra-Zeneca, Boehringer, LEO, Galenica, Genesis, Sanofi, Ipsen, Rafarm, Pierre-Fabre, Servier

POLITICO
GLOBAL POLICY LAB

Decoding Cancer



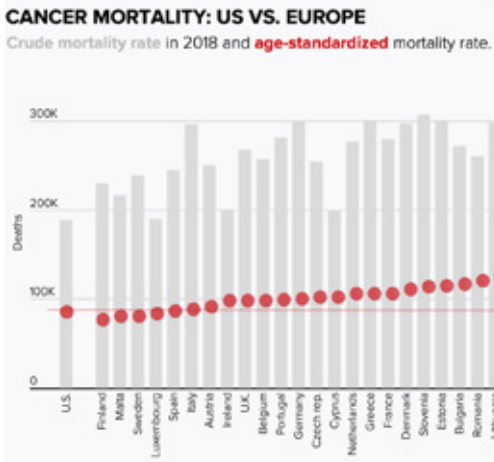
Why you're more likely to die of cancer in Europe than America

Turns out the US is actually doing something right when it comes to health care – at a high cost, of course.

BY SARAH WHEATON

CANCER MORTALITY: US VS. EUROPE

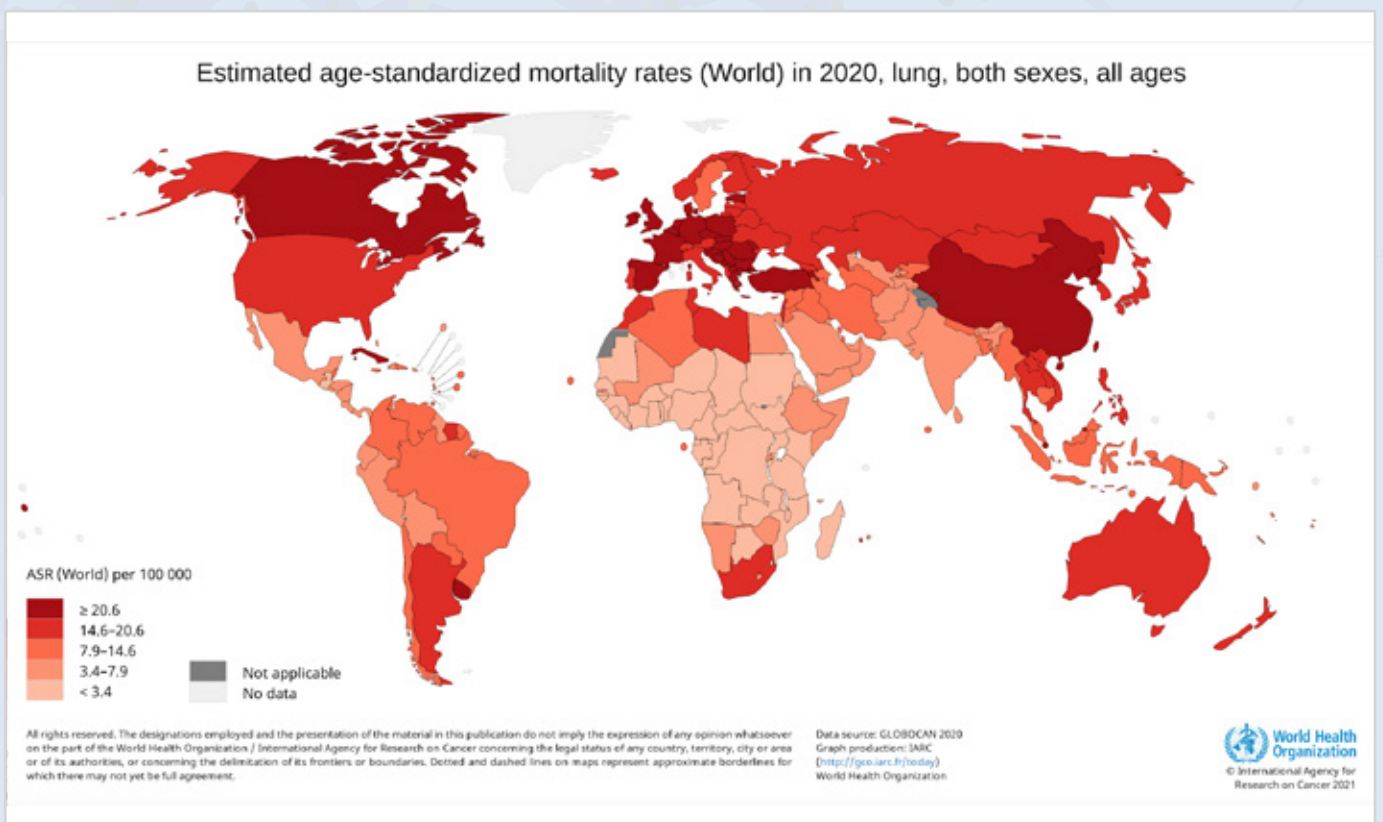
Crude mortality rate in 2018 and **age-standardized** mortality rate.



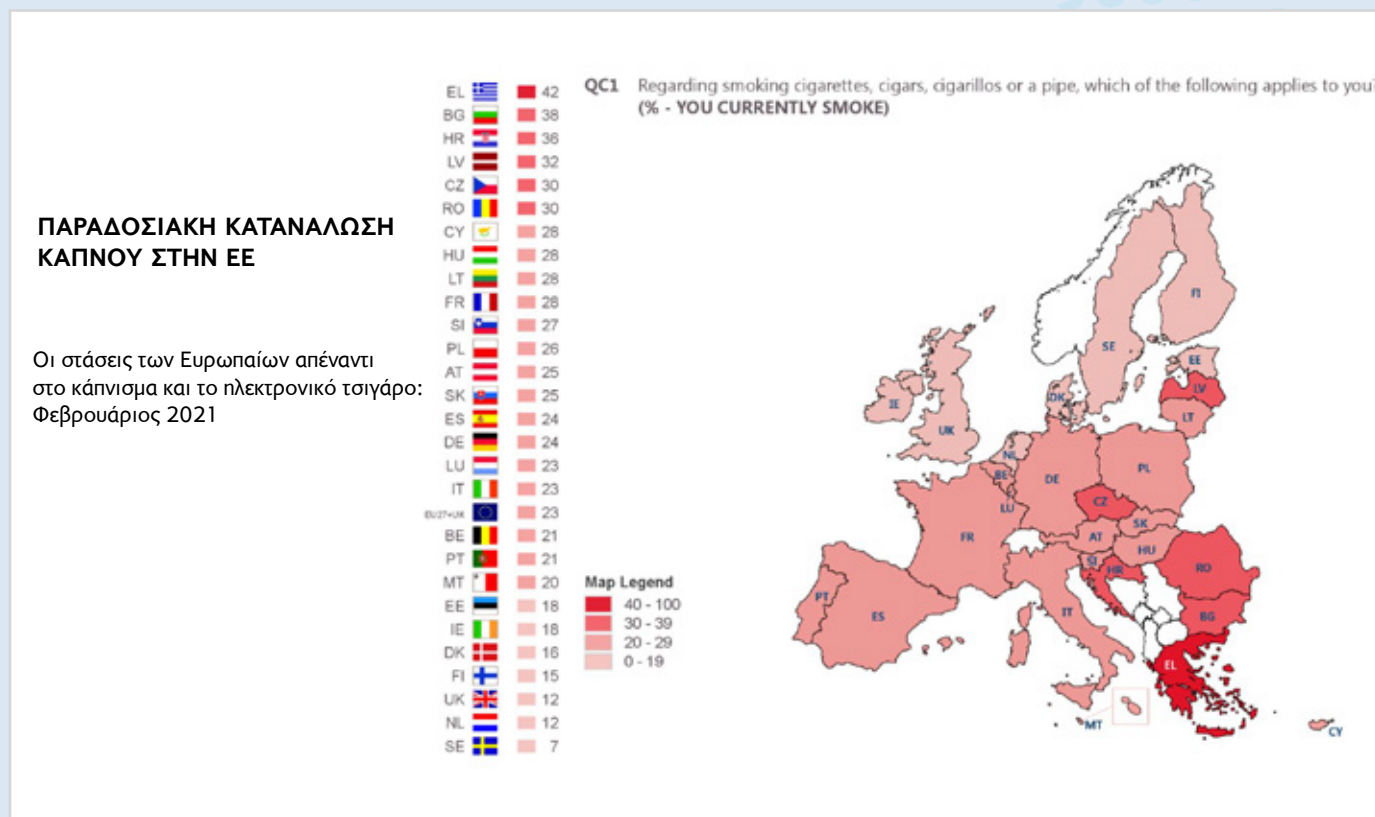
in 2018, there were an estimated 280 deaths per 100,000 in Europe, compared to 189 per 100,000 in the United States

SOURCE: IARC

Διαφάνεια 1



Διαφάνεια 2



Διαφάνεια 3

Στην Ελλάδα:

- Περίπου το ένα τρίτο των μαθητών ηλικίας 13-15 ετών έχουν δοκιμάσει καπνό (Kyrlisi et al., 2007)
- Το ένα τρίτο μαθητών γενικών λυκείων ήταν συστηματικοί καπνιστές (Sichletidis et al., 2009)
- Ένας στους τέσσερις μαθητές γενικών λυκείων είχε πειραματιστεί με το ηλεκτρονικό τσιγάρο (Liozidou et al., 2015)

Διαφάνεια 4

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

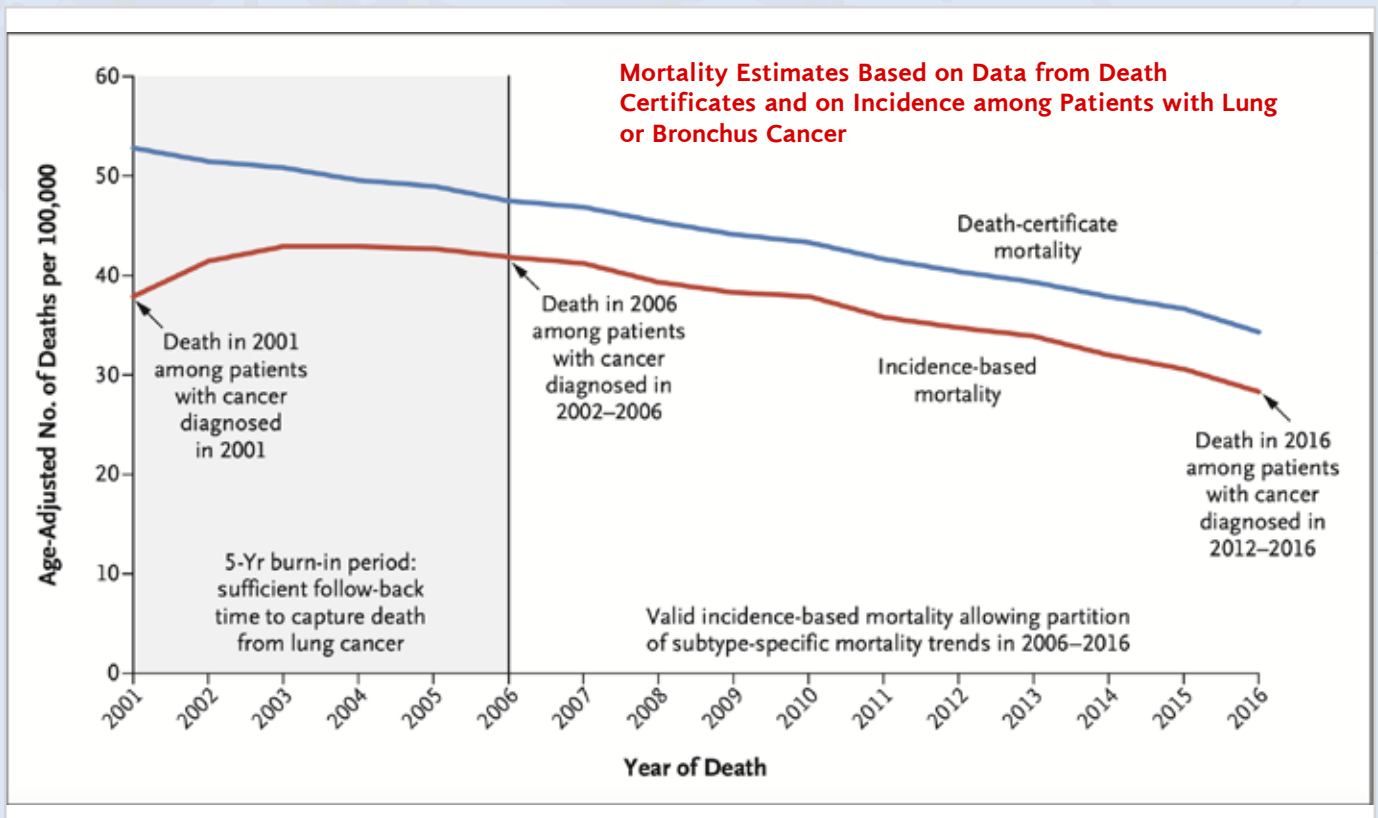
ORIGINAL ARTICLE

The Effect of Advances in Lung-Cancer Treatment on Population Mortality

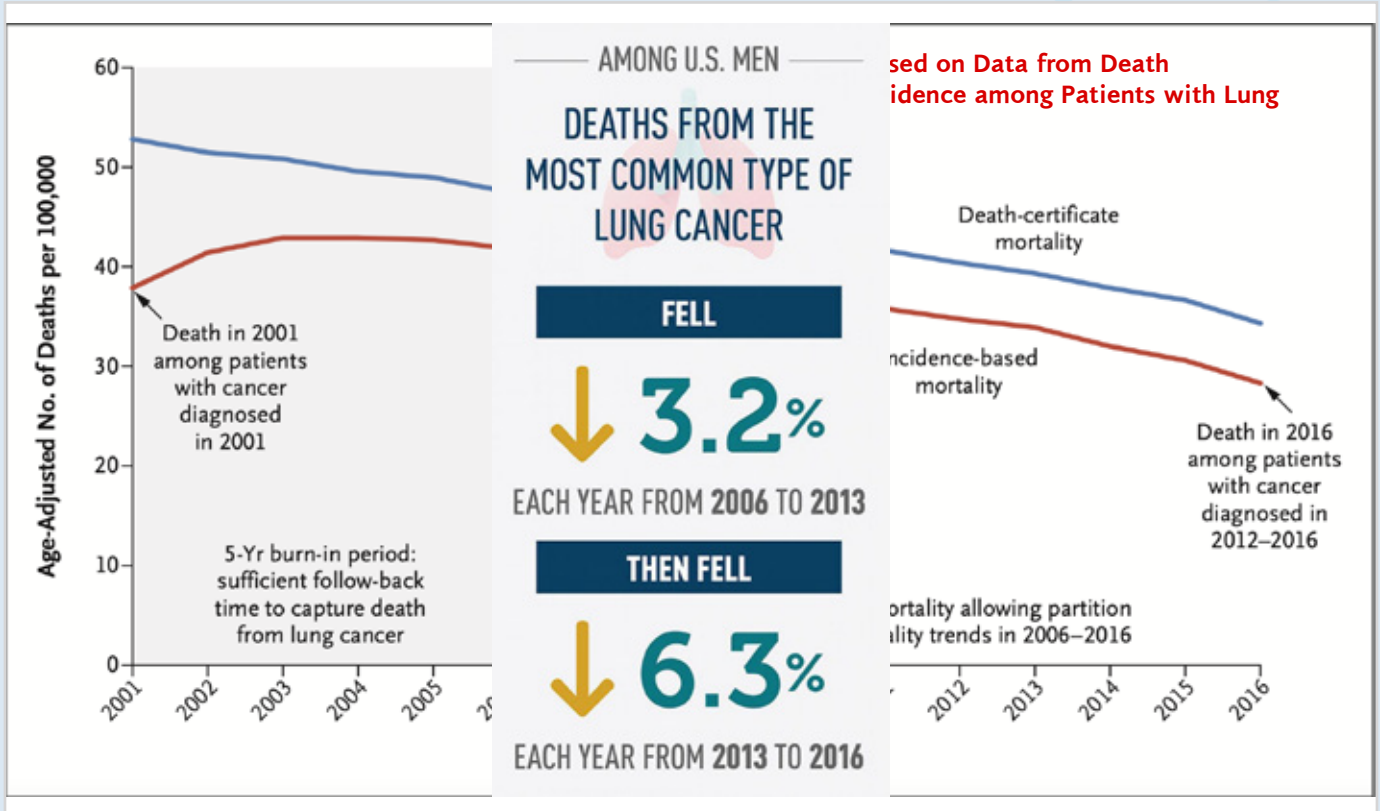
Nadia Howlader, Ph.D., Gonçalo Forjaz, D.V.M., Meghan J. Mooradian, M.D., Rafael Meza, Ph.D., Chung Yin Kong, Ph.D., Kathleen A. Cronin, Ph.D., Angela B. Mariotto, Ph.D., Douglas R. Lowy, M.D., and Eric J. Feuer, Ph.D.

N Engl J Med 2020;383:640-9.
DOI: 10.1056/NEJMoa1916623

Διαφάνεια 5

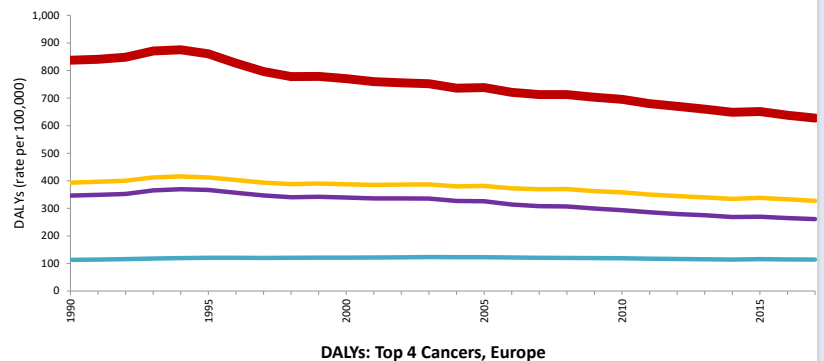
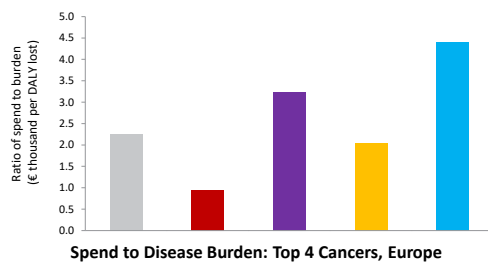
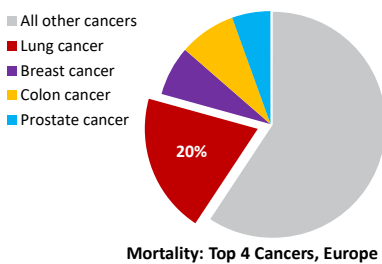


Διαφάνεια 6



Διαφάνεια 7

Lung Cancer kills as many people as breast, colon and prostate cancer combined

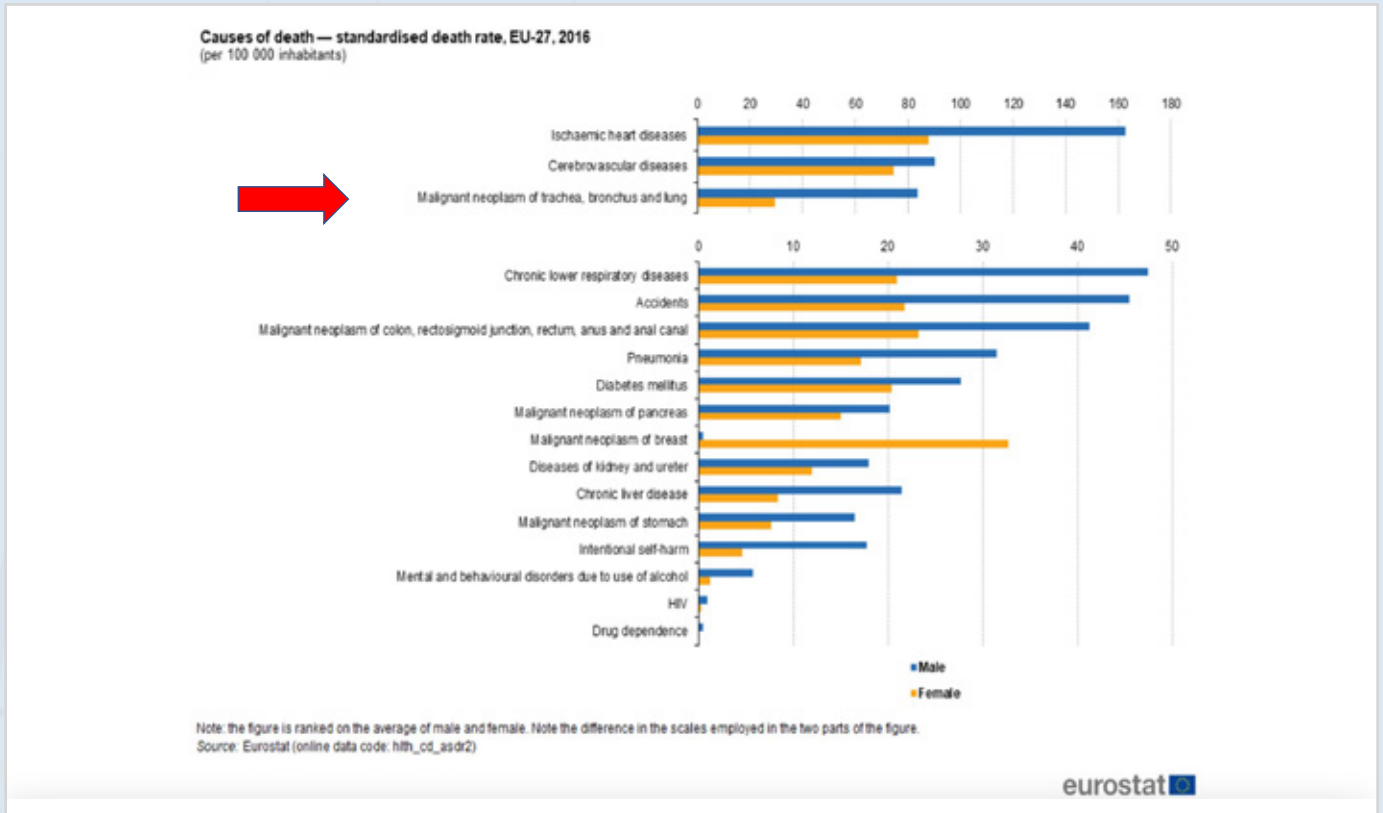


Lung Cancer, global
Mortality: 18.4%
Mortality rate: 23.7
DALY rate: 503.1

Disability-Adjusted Life Years: a measure of overall disease burden, expressed as the number of years of life lost due to ill-health, disability or early mortality. It is a way of comparing overall health and life expectancy.

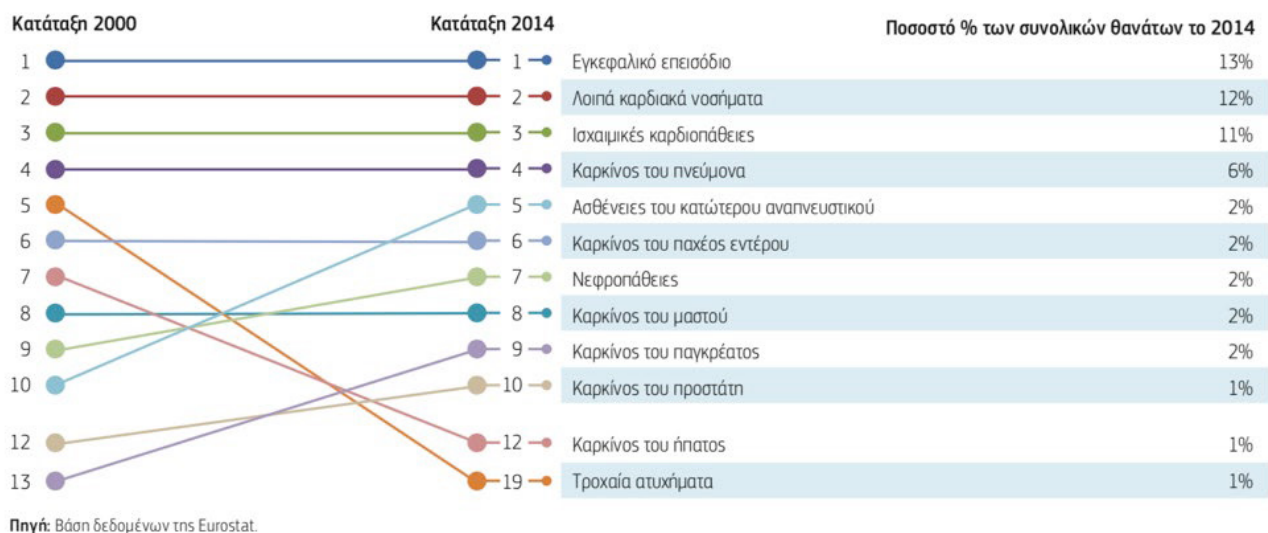
Source: OHE IHE, 2016, Globocan 2019, GBD, 2017.

Διαφάνεια 8



Διαφάνεια 9

Οι τέσσερις συνηθέστερες αιτίες θανάτου αμετάβλητες! Μόνον τα τροχαία ατυχήματα μειώθηκαν δραστικά



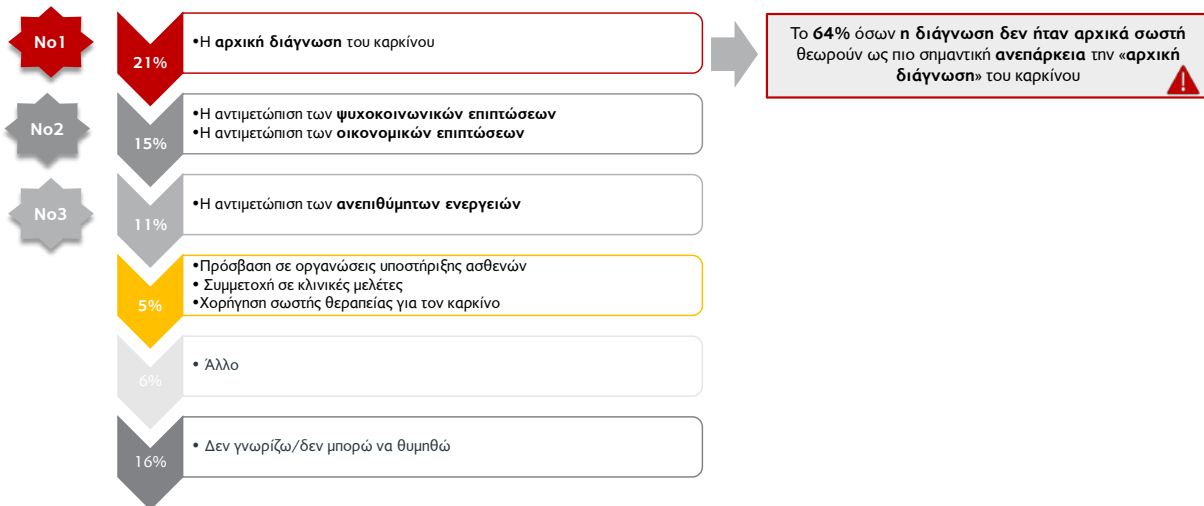
Διαφάνεια 10



Η ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η «αρχική διάγνωση του καρκίνου» αναδείχθηκε η σημαντικότερη ανεπάρκεια, οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις ακολουθούν

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ- ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ



Ερ.26: Σε όλη τη διάρκεια της φροντίδας και της θεραπείας σας για τον καρκίνο, πού πιστεύετε ότι υπήρχε η μεγαλύτερη ανεπάρκεια;

Source: IQVIA PMR (Φεβρουάριος 2019)

IQVIA • ΕΛΛΟΚ • Έρευνα αγοράς ALL.CAN • Απρίλιος 2019

ΕΛΛΟΚ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ

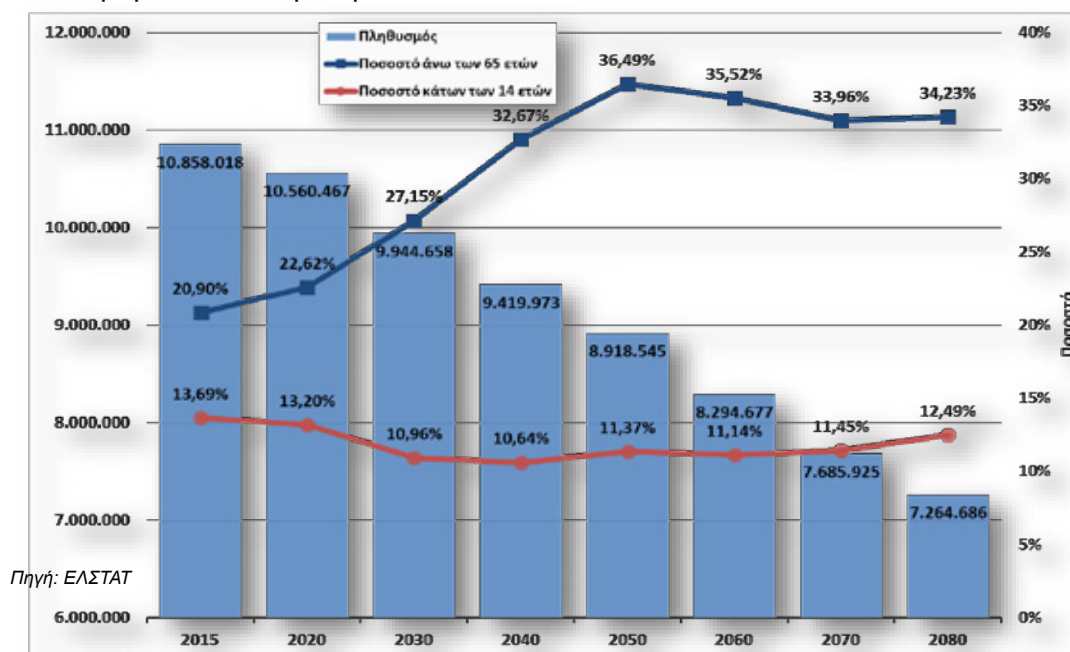
IQVIA

11

Διαφάνεια 11

Το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης

➤ Προβολή πληθυσμού για την Ελλάδα, 2015-2080



Διαφάνεια 12



Πάρις Κοσμίδης

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

Το θέμα που μου έχει ανατεθεί είναι να μιλήσω αφορά τον αντίκτυπο που έχει η κλινική πρακτική στην Ευρώπη όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα στη χώρα μας.

Ακούγοντας τον κ. Μπουκοβίνα και αυτήν την εξαιρετική ομιλία που παρουσίασε, θα μπορούσα να στηρίξω την επιθυμία μου για αντιστροφή του όρου και να πω ότι αν αυτό υλοποιηθεί, θα πρέπει να μιλάμε για τον αντίκτυπο της ελληνικής ογκολογίας στο ευρωπαϊκό γίγνεσθαι όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα.

Το 2020 στην Ευρώπη είχαμε 265.000 άτομα που είχαν καρκίνο του πνεύμονα και πέθαναν, δηλ. το 20% των συνολικών θανάτων από καρκίνο οφειλόταν σε καρκίνο του πνεύμονα. Και βέβαια, αυτό το οποίο κανείς σκέφτεται –καθώς αυτό είναι κάτι τραγικό από ανθρώπινης, κοινωνικής, οικονομικής, οικογενειακής πλευράς– είναι τι έχουμε κάνει, τι έχει εφαρμόσει η Ευρωπαϊκή Ένωση, έτσι ώστε αυτό να μεταλαμπαδευθεί και στη χώρα μας σε εθνικό επίπεδο.

Για να είμαστε πρακτικοί και προσγειωμένοι, θα πρέπει να αποδεχθούμε ότι η Ευρώπη της δύσκολης περιόδου που διανύει, των ανισοτήτων, τις οποίες όλοι γνωρίζουμε, δεν έχει καταφέρει να εφαρμόσει ένα σχέδιο δράσης για τον καρκίνο του πνεύμονα. Υπάρχουν σχέδια που έχουν γίνει κατά καιρούς, αλλά η υλοποίησή τους εκκρεμεί. Επομένως, θα προσπαθήσω, παίρνοντας νησίδες επιτυχίας μέσα από ορισμένες χώρες της Ευρώπης, όπου έχουν επιτευχθεί, να δούμε πώς μπορούν να γίνουν.

Η αντικαπνιστική εκστρατεία είναι δεδομένο πια από ορισμένες χώρες που την έχουν εφαρμόσει αρκετά χρόνια ότι είναι μια προληπτική διαδικασία η οποία βοηθάει. Βλέπουμε στις καμπύλες συχνότητας καρκίνου του πνεύμονα στις χώρες εκείνες, όπως είναι η Αγγλία, η Γερμανία, όπου η αντικαπνιστική εκστρατεία έχει ξεκινήσει εδώ και πολλά χρόνια, ότι έχει αρχίσει να αποδίδει.

Αυτό που θέλω να τονίσω, ενισχύοντας την άποψη του Γιάννη Μπουκοβίνα, είναι ότι η αντικαπνιστική εκστρατεία πρέπει να αρχίσει να γίνεται κατά κύριο λόγο στις νεαρές ηλικίες, στα παιδιά. Από εκεί ξεκίνησαν ορισμένες χώρες στην Ευρώπη κι έχουν τώρα πια τα καλά αποτελέσματα.

Επομένως, στη χώρα μας, που έχει αρχίσει η αντικαπνιστική εκστρατεία, με όλα τα κενά, με όλες τις ιδιαιτερότητες, με όλες τις κραυγές αγωνίας που οι διάφορες επιστημονικές οργανώσεις έχουν παρουσιάσει, έχει αρχίσει να δίνει κάποια αρχικά αποτελέσματα, όχι κυρίως στη μείωση της συχνότητας, αλλά όσον αφορά στην επιπέδωση μάλλον, στην παρούσα φάση της καμπύλης.

Υπάρχει πολύ έδαφος για βελτίωση στην αντικαπνιστική εκστρατεία και θα χαρώ πολύ να συμμετάσχει η ΕΟΠΕ μαζί με το Υπουργείο Παιδείας, όπως έχει σχεδιαστεί, στο να ρίξουμε το βάρος αυτό στις νεαρές και ευαίσθητες ηλικίες, όπου η κατάλληλη «προπαγάνδα» –επιτρέψτε μου να χρησιμοποιήσω αυτόν τον όρο– θα φέρει και τα καλύτερα αποτελέσματα, όχι όσον αφορά την απαγόρευση, αλλά όσον αφορά τα ευεργετήματα που έχει κανείς όταν δεν καπνίζει.

Πέρα από την πρόληψη, το άλλο κομμάτι της έγκαιρης διάγνωσης είναι ένα μεγάλο πρόβλημα, το οποίο βεβαίως στην Αμερική έχει υλοποιηθεί. Οι ασφαλιστικοί φορείς εκεί χρηματοδοτούν τέτοιες δραστηριότητες και το πρόγραμμα εξελίσσεται για τις συγκεκριμένες ομάδες καπνιστών ηλικίας 55-75 σε μια επιτυχημένη διαδικασία.

Η Ευρώπη υστερεί. Δεν έχει καταφέρει, παρά μόνο σε επίπεδα ορισμένων κρατών και κυρίως σε ερευνητικές προσπάθειες, να εφαρμόσει αυτήν την έγκαιρη διάγνωση με την αζονική τομογραφία χαμηλής δόσης σε επίσημα βάση σε αυτές τις κατηγορίες υψηλού κινδύνου. Μια διαδικασία που αποδεικνύει ότι ελαττώνει τη θνησιμότητα κατά 20%-26%, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και τις διεθνείς μελέτες.

Είναι κάτι που πιστεύω ότι στη χώρα μας είναι από τα ευκολότερα που μπορούν να γίνουν. Θεωρώ ότι δεν χρειάζεται κάτι το σπουδαίο. Χρειάζεται απλώς πολιτική βούληση και η εξυπηνάδα ότι επενδύοντας σε αυτό γλυτώνουμε χρήματα αργότερα, όπως έχει αποδειχθεί. Άρα και η Ευρώπη δεν μπορεί να μας δώσει το καλό παράδειγμα. Το καλό παράδειγμα μάς το δίνει η Αμερική, η βιβλιογραφία και ορισμένες απομονωμένες εξατομικευμένες εθνικές δραστηριότητες που υπάρχουν. Στη χώρα μας αυτό είναι εφικτό να γίνει, πρέπει να γίνει και περιμένουμε με αγωνία πότε, βεβαίως, μέσα στο πλαίσιο της έγκαιρης διάγνωσης για διάφορες νεοπλασίες που σήμερα συζητάμε και τις οποίες συζητάμε εδώ και 30 χρόνια.



Επίσης, θα ήθελα να δώσω μια έμφαση στα υπόλοιπα θέματα που είναι η διάγνωση, η σταδιοποίηση. Εδώ δεν νομίζω ότι χρειάζεται κάποιο πρότυπο, οι αλγόριθμοι υπάρχουν. Δεν υπάρχει κάποια διαδικασία διαφορετική σε ευρωπαϊκό επίπεδο που να μην εφαρμόζεται στη χώρα μας και εφαρμόζοντας τους αλγόριθμους διάγνωσης και σταδιοποίησης νομίζω ότι μπορούμε να έχουμε έγκαιρη διάγνωση και εξ αυτού κατάλληλη και πιο γρήγορη θεραπεία.

Όμως, θα πρέπει να αποδεχθούμε ότι υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις στις υποδομές. Υπάρχουν μεγάλες χρονοκαθυστερήσεις κι ένα σύστημα, το οποίο δεν μπορεί αυτήν τη στιγμή να αγκαλιάσει στον επιθυμητό βαθμό και τη διαδικασία της διάγνωσης και τη διαδικασία της σταδιοποίησης, λαμβάνοντας υπόψη και τη γεωγραφική κατανομή που έχουν οι ασθενείς λόγω της ιδιαιτερότητας της χώρας μας. Πολλές φορές βλέπουμε και στη διάγνωση αλλά και στη σταδιοποίηση, που είναι σημαντικό για τη λήψη θεραπευτικής απόφασης, πολλές καθυστερήσεις για τους προαναφερθέντες λόγους.

Θεωρώ ότι δεν πρόκειται για έλλειψη γνώσης ή ικανότητας. Είναι καθαρά το περιβάλλον στο οποίο δουλεύουμε, το περιβάλλον το οποίο μας δυσκολεύει να έχουμε τον ασθενή γρήγορα κοντά μας, να κάνουμε γρήγορα τη διάγνωση, να έχουμε την υποδομή που πρέπει, που δεν την έχουμε στον απαιτούμενο βαθμό σε όλα τα κέντρα της σταδιοποίησης, έτσι ώστε γρήγορα να αποφασίσουμε για τη θεραπεία.

Επομένως, εδώ δεν θα περίμενα να μας διδάξει κάτι η Ευρώπη. Θα ήθελα όμως να ακολουθήσουμε τους κλασικούς αλγόριθμους και βελτιώνοντας τις υπηρεσίες μας να προσφέρουμε στον Έλληνα ασθενή αυτά τα δύο αγαθά: της έγκαιρης διάγνωσης και της σταδιοποίησης.

Εκεί που είμαι διαθέσιμα ευχαριστημένος είναι στο θέμα της θεραπείας. Έχοντας μια καλή ευρωπαϊκή εικόνα, θεωρώ ότι η χώρα μας δεν στερείται θεραπευτικών μέσων, τουλάχιστον φαρμακευτικών. Αντιλαμβάνομαι τις δυσκολίες που υπάρχουν μερικές φορές για χειρουργείο ή για ακτινοθεραπεία, αλλά νομίζω ότι πρέπει να δώσουμε έμφαση και να συγχαρούμε όλους αυτούς οι οποίοι φροντίζουν να έχουν οι ασθενείς μας τα φάρμακα όσο ακριβά κι αν είναι και στην ώρα τους, σχεδόν, χωρίς διακρίσεις.

Βεβαίως, εδώ μπαίνει ο παράγοντας πώς θα εξατομικεύσουμε τις θεραπείες. Έχουμε μια μικρή, θα έλεγε κανείς, περιεκτική γονιδιακή ανάλυση, η οποία γίνεται, με κυρίαρχο θέμα την προσωπική πρωτοβουλία των γιατρών ή των νοσοκομείων σε συνεργασία με διάφορα κέντρα, χωρίς όμως αυτό να έχει εθνική εμβέλεια.

Δεν μπορώ να πω ότι αυτό έχει εθνική εμβέλεια σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Υπάρχουν παρόμοια και περισσότερα προβλήματα σε αρκετές από αυτές. Αλλά θα ήθελα να αναφέρω το παράδειγμα της Γαλλίας, που για μένα είναι ένα πολύ καλό παράδειγμα της εφαρμογής εθνικού δικτύου ανάλυσης γονιδιώματος, τους δείκτες τους οποίους θεωρούμε απαραίτητους για την καθημερινή μας πράξη, αλλά κι αυτούς που μπορεί να χρειαστούμε αργότερα και σε ερευνητική δραστηριότητα, κάτι για το οποίο παλεύουμε.

Κάποια μικρή πρόοδος έγινε πριν από 6-7 χρόνια, αλλά θεωρώ ότι είμαστε αρκετά πίσω ως προς την υλοποίηση μιας τέτοιας απόφασης. Προσπάθειες οι οποίες έγιναν με πάρα πολύ καλό σκοπό και πρωτοβουλίες, και μάλιστα κυβερνητικές, δυστυχώς δεν προχώρησαν στον επιθυμητό βαθμό και σήμερα αιωρούνται.

Πρέπει όλοι να βοηθήσουμε –κυρίως βέβαια η πολιτεία– μετά από τις εισηγήσεις των επιστημονικών φορέων, να οργανωθεί επιτέλους ένα τέτοιο δίκτυο που θα μπορέσει να μας βοηθήσει να εξατομικεύουμε τις θεραπείες αλλά σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Το να κάνουμε ένα εθνικό δίκτυο και μετά από κάποιους μήνες να παίρνουμε αποτελέσματα είναι δώρον άδωρον, είναι απλώς και μόνο για τις καταγραφές.

Αυτό που χρειάζεται είναι ταχύτητα, οργάνωση και, φυσικά, οικονομική ενίσχυση που, στη φάση αυτή, δεν ξέρω πώς μπορεί να γίνει.

Άρα λοιπόν, η διάγνωση, η σταδιοποίηση, η θεραπεία η οποία βασίζεται μέσα σε αυτήν την οργάνωση των βιοδεικτών, αποτελούν ένα πλέγμα που πρέπει να το δούμε συνολικά και εκεί που έχουμε τις αδυναμίες μας να το ενισχύσουμε. Είναι βέβαιο ότι υπάρχει πολύς χώρος για βελτίωση. Δεν μπορώ να πω ότι το πρόγραμμα που είδαμε στην προηγούμενη ομιλία θα μπορέσει να υλοποιηθεί στο χρονοδιάγραμμα στο οποίο έχει οριοθετηθεί ή στο οποίο οι συγγραφείς του το έχουν ονειρευτεί. Και ένα ποσοστό από αυτά να υλοποιηθεί, θεωρώ ότι θα είναι μια επιτυχία προς όφελος των ασθενών.

Και έρχομαι στο τελευταίο κομμάτι, στο οποίο θεωρώ ότι κάποια βήματα αρχίζουν και γίνονται σε πανευρωπαϊκό επίπεδο – και νομίζω και στη χώρα μας. Βάζω λοιπόν σε μεγάλη προτεραιότητα την ποιότητα της ζωής των ασθενών μας με καρκίνο, διότι καταρχήν είναι πολλοί. Γιατί αυτοί οι ασθενείς πια ζουν αρκετά, περισσότερο από ό,τι ζούσαν πριν από ορισμένα χρόνια κυρίως με βάση τις θεραπείες. Οι θεραπείες είναι πια πιο πολύπλοκες, δημιουργούν αρκετά προβλήματα ορισμένες από αυτές, άρα οι ασθενείς μας έχουν αυτήν τη στιγμή μεγάλη ανάγκη να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Και αυτό είναι κάτι που έχει αρχίσει και γίνεται στην Ευρώπη. Έχει γίνει αυτή η ανάγκη πια αποδεκτή και υπάρχουν χώρες –βάζω τη Γαλλία, τώρα τελευταία και την Αγγλία– που έχουν οργανώσει τέτοια συστήματα.

Εδώ θα ήθελα να αναφέρω τις διάφορες εθελοντικές ομάδες οι οποίες ήταν ανύπαρκτες στον καρκίνο του πνεύμονα πριν από μερικά χρόνια, έχουν αρχίσει όμως να είναι υπαρκτές. Στην αρχή δειλά δειλά και σήμερα πολύ έντονα. Αναφέρω το παράδειγμα του Lung Cancer Europe, που ξεκίνησε από τη φίλη μας τη Stefania από την Ιταλία κι έχει κατακλύσει την Ευρώπη με παρουσία στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, με webinars, με παραστάσεις και άλλα, που δείχνει ότι έχει αρχίσει και υπάρχει η δυνατότητα για αυτήν την ομάδα των ασθενών με καρκίνο για την ύπαρξη στήριξης (ψυχολογικής, κοινωνικής, σωματικής).

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα επίσης να τονίσω ότι πρέπει πάση θυσία να εκμεταλλευτούμε τη νέα τεχνολογία. Αυτή η παλιά μεθοδολογία, που αποδείχθηκε ανεπαρκής κατά τη διάρκεια της πανδημίας με την covid-19, δηλ. της προσωπικής επαφής, έχει αρχίσει να χάνει πολύ έδαφος και η επαφή των γιατρών με τους ασθενείς έχει πλέον αρχίσει και γίνεται –και πιστεύω θα εντατικοποιηθεί– μέσω ψηφιακής πλατφόρμας. Αυτό είναι κανόνας στην Αμερική και πρόκειται για αρκετά συνηθισμένη κλινική πράξη σε ορισμένες, ελάχιστες ευρωπαϊκές χώρες. Αναφέρομαι κυρίως στη Γαλλία και τώρα τελευταία στην Αγγλία.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, και εδώ είναι πάρα πολύ σημαντικό να το αναφέρω, έχει αρχίσει να υιοθετεί αυτές τις τεχνικές. Μέσω προγραμμάτων της Horizon του '20 έχει βάλει στην ατζέντα της τη διαδικτυακή υποστήριξη ασθενών. Μια που μπορώ να καυχηθώ ότι συμμετέχω σε αυτές τις διαδικασίες και δραστηριότητες των Horizons για διαδικτυακή επαφή, μπορώ να σας διαβεβαιώσω, παρόλο που δεν έχουμε ακόμα βγάλει αποτελέσματα, ότι προχωρεί πάρα πολύ καλά σε ευρωπαϊκό επίπεδο και στη χώρα μας.

Με ιδιαίτερη χαρά βλέπω ότι και στη χώρα μας άρχισαν να δημιουργούνται ομάδες εθελοντικές για την υποστήριξη ασθενών με καρκίνο. Ήδη υπάρχουν διαδικασίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε όλα τα επίπεδα που ήδη αναφέρθηκαν και μάλιστα έχει αρχίσει και η διαδικτυακή, η ψηφιακή εποχή. Θέλω να πιστεύω ότι αν αυτό υιοθετηθεί, που είναι αδήριτη ανάγκη, δεν μπορεί κανείς να πάει πίσω, μου δίνει μια αισιοδοξία ότι στο κομμάτι αυτό η Ευρώπη –και παράλληλα η Ελλάδα που δεν ακολουθεί, αλλά συνοδοιπορεί– θα έχει τη δυνατότητα να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς με καρκίνο, που έχουν τόσο πολλή ανάγκη.



Αναστάσιος Μπούτης

Παθολόγος ογκολόγος
«Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί έναν αγώνα δρόμου με ισχυρό αντίπαλο τον χρόνο. Ξέρουμε ότι η απουσία συμπτωμάτων στις περισσότερες περιπτώσεις αρχικών σταδίων καρκίνου του πνεύμονα έχει ως αποτέλεσμα να δι-αλανθάνει της προσοχής, με αποτέλεσμα σοβαρές καθυστερήσεις στη διάγνωση αλλά και την παραπομπή ασθενών με πιθανό καρκίνο του πνεύμονα σε εξειδικευμένα κέντρα για περαιτέρω διαχείριση και αντιμετώπιση. Στους επιμέ-ρους τομείς δράσεων, όπως φάνηκε ξεκάθαρα από την εκπονηθείσα μελέτη του The Economist Intelligence Unit, οι επιδόσεις της χώρας μας, ειδικά στον τομέα έγκαιρης διάγνωσης και παραπομπής, κινήθηκαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα με αποτέλεσμα να αναδειχθεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα. Άρα, το σχέδιο δράσης για τον καρκίνο του πνεύμονα, πρέπει να είναι βασισμένο σε τρεις βασικούς άξονες, την πρόληψη, την πρώιμη διάγνωση και τη διαχεί-ριση της νόσου, εκ των οποίων πολύ περισσότερο στα δύο πρώτα είναι θεμελιώδης ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στην τρέχουσα ελληνική πραγματικότητα δεν υπάρχει συγκεκριμένο ή συντονισμένο σχέδιο ανίχνευσης, έγκαιρης διάγνωσης και παραπομπής περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα με πιθανές ή επιβεβαιωμένες περιπτώσεις σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Αν και υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες των επιστημονικών εταιρειών, αυτές είτε δεν εφαρμόζονται ευρέως όπως θα έπρεπε είτε δεν εμπεριέχουν σαφείς αλγορίθμους πρώιμης διάγνω-σης και παραπομπής σε ειδικούς ούτε περιέχουν σαφή χρονοδιαγράμματα για χρήση από τους ιατρούς της πρωτο-βάθμιας φροντίδας υγείας, δηλ. γενικούς γιατρούς και παθολόγους.

Οι ευκαιρίες δράσης προκύπτουν ξεκάθαρα από τις προηγούμενες επισημάνσεις μου και αφορούν άμεσα υλοποι-ήσιμες ενέργειες σε σχέση με τον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι επιστημονικές εταιρείες, μεταξύ αυτών ως πλέον αρμόδια η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας, ανανεώνουμε τις κατευθυντήριες οδηγίες και ενισχύουμε ξεκάθαρα τη συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων, είτε ιατρικών είτε άλλων φορέων που εμπλέκονται στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα. Ενημερώνουμε τόσο το κοινό όσο και τους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τόσο για προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (screening), που ναι μεν δεν υπάρχουν, αλλά σταδιακά αναπτύσσονται και στη χώρα μας και στην ΕΕ, και βέβαια προωθούμε τη γνώση ότι μόνο για τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος αλλά και για τα οφέλη του περιορισμού και της μη έναρξης του καπνίσματος.

Δρώντας ως θεματοφύλακες της ογκολογικής φροντίδας αναπτύσσουμε ξεκάθαρες οδούς παραπομπής των ασθενών από τους γενικούς γιατρούς και τους παθολόγους σε περίπτωση ανίχνευσης ύποπτων περιπτώσεων καρ-κίνου του πνεύμονα. Θέτουμε σαφή χρονοδιαγράμματα, τα οποία εντάσσουμε στις κατευθυντήριες οδηγίες μας και χρησιμοποιούμε συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας, ώστε να υπάρχει δυνατότητα αξιολόγησης αλλά και περαιτέρω βελτίωσης. Και βέβαια, ακολουθώντας αυτό που συμβαίνει διεθνώς, προωθούμε το λεγόμενο ασθενοκεντρικό μοντέλο και συνεργαζόμαστε με συλλόγους ασθενών τόσο στην κατάρτιση αυτών καθ' εαυτές των οδηγιών όσο και στη δημιουργία του προαναφερθέντος δικτύου.

Ο τρόπος υλοποίησης του σχεδίου περιλαμβάνει αυξημένη εστίαση στην πρώιμη διάγνωση και ταχεία αντιμετώ-πιση του καρκίνου του πνεύμονα δημιουργώντας δίκτυα ογκολόγων και ογκολογικών κέντρων με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και διασύνδεση με την τηλεϊατρική. Ιδιαίτερο βάρος δίδεται στην αύξηση χρήσης της τεχνολογίας, ιδιαίτερα ακριβώς για να προσεγγίσουμε τους λεγόμενους πιο δύσκολους πληθυσμούς με γεωγραφικά, κοινωνικά ή άλλα κριτήρια, με σκοπό τελικά να υπάρχει ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στη βέλτιστη ογκολογική φροντίδα.

Ο καρκίνος του πνεύμονα για όλους αυτούς τους λόγους πρέπει ξεκάθαρα να είναι στις βασικές προτεραιότητες ενός εθνικού σχεδίου δράσης για τον καρκίνο σε σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ειδικά.

Ενισχύεται η ενημέρωση και εκπαίδευση όχι μόνο του κοινού αλλά ειδικά των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντί-δας. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην απαλοιφή του στίγματος, που δυστυχώς παραδοσιακά συνοδεύει τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα. Παγιωμένες αντιλήψεις περί ματαιότητας θεραπευτικών παρεμβάσεων, ο λεγόμενος θεραπευτικός μηδενισμός, ο οποίος δυστυχώς υπάρχει πολλές φορές στον καρκίνο του πνεύμονα, πρέπει να εκρι-ζωθούν ώστε κάθε περίπτωση λιγότερο ή περισσότερο ύποπτη για καρκίνο του πνεύμονα εγκαίρως να παραπέμπεται σε εξειδικευμένη φροντίδα. Επισημαίνεται επιπλέον η ανάγκη πρώιμης έναρξης υποστηρικτικής ή και ανακουφι-στικής αγωγής από την αρχική διάγνωση των περιπτώσεων του καρκίνου του πνεύμονα και όχι όπως εσφαλμένα συχνά αναφέρεται ότι ισχύει μόνο για τις προχωρημένες περιπτώσεις. Αφενός η έγκαιρη διάγνωση και η έγκαιρη

παραπομπή σε εξειδικευμένη φροντίδα επιστημονικά και αποδεδειγμένα βελτιώνει την επιβίωση από καρκίνο του πνεύμονα, ενώ επίσης η έγκαιρη έναρξη υποστηρικτικής αγωγής επίσης αποδεδειγμένα βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

Πρακτικά όλα όσα ειπώθηκαν, συνοψίζονται σε ένα σχέδιο ενίσχυσης της ιατρικής παιδείας (health literacy) ειδικά όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα. Και αυτό δεν αφορά το κοινό, αλλά αφορά στη συγκεκριμένη συζήτηση, πολύ περισσότερο τους παρόχους οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Συνοψίζοντας, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ένας αγώνας δρόμου με ισχυρό αντίπαλο τον χρόνο. Μάλιστα, πρέπει να τονίσουμε ότι ειδικά τον τελευταίο χρόνο η πανδημία αυτόν τον αγώνα τον μετέτρεψε και για τους ασθενείς αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας σε έναν αγώνα δρόμου μετ' εμποδίων. Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον αγώνα αυτόν είναι θεμελιώδης και χρειάζεται συντονισμό και από την πλευρά των ειδικών αλλά και βέβαια τον κεντρικό συντονισμό και βοήθεια από τους φορείς και την πολιτεία.



Σοφία Αγγελάκη

Αναπληρώτρια καθηγήτρια Παθολογικής Ογκολογίας
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
Παθολόγος ογκολόγος
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Οι κλινικές μελέτες αποτελούν το βασικό βήμα για την καθιέρωση νέων θεραπειών και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας του καρκίνου γενικότερα αλλά και του καρκίνου του πνεύμονα ειδικότερα. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι ταυτόχρονα οι κλινικές μελέτες παρέχουν στους ασθενείς την ευκαιρία πρωιμότερης πρόσβασης σε καινοτόμους θεραπευτές και εξασφαλίζουν υψηλού επιπέδου φροντίδα μέσα σε ένα ελεγχόμενο και αυστηρά καθορισμένο κλινικό πλαίσιο. Με βάση τα παραπάνω, είναι αναγκαία η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των ασθενών σε κλινικές μελέτες, όμως η συντριπτική πλειονότητα δεν θα συμμετάσχει τελικά, ενώ και τα ποσοστά συμμετοχής δεν έχουν αλλάξει σημαντικά με τον χρόνο. Επιπλέον, έχουν διαπιστωθεί σημαντικές ανισότητες στον αριθμό των ενεργών μελετών για νέα ερευνητικά φάρμακα ανά 100.000 πληθυσμού μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, με περισσότερες να είναι διαθέσιμες σε εκείνες της Βόρειας σε σχέση με την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Η πρόσβαση σε κλινικές μελέτες για τον καρκίνο του πνεύμονα ποικίλλει επίσης μεταξύ των χωρών και δεν συσχετίζεται με την επίπτωση της νόσου στις χώρες αυτές. Έτσι, οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που ζουν στη Δανία, την Ολλανδία, τη Νορβηγία και την Ελβετία έχουν μεγαλύτερη ευκαιρία συμμετοχής σε κλινικές μελέτες από εκείνους στη Βουλγαρία, την Κροατία, τη Γερμανία και την Ελλάδα.

Το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκτυλίσσεται η διαδικασία λήψης της απόφασης για την ένταξη σε κλινική μελέτη ξεκινά με την επίσκεψη του ασθενούς για την αντιμετώπιση της νόσου του και έχει πολλά ενδιάμεσα στάδια, καθένα από τα οποία αντιπροσωπεύει ένα πιθανό εμπόδιο στην τελική συμμετοχή του. Η απουσία διαθέσιμης κλινικής μελέτης για τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου του ασθενούς στο κέντρο που θεραπεύεται, αντιπροσωπεύει ένα βασικό δομικό εμπόδιο. Εάν υπάρχει διαθέσιμη μελέτη, ο ασθενής χρειάζεται να αξιολογηθεί ως προς την επιλεξιμότητά του βάσει κριτηρίων που συνήθως περιλαμβάνουν τον δείκτη γενικής κατάστασης του ασθενούς, τις προηγηθείσες θεραπείες και τις συννοσηρότητες. Τα κριτήρια αποκλεισμού καταλληλότητας αντιπροσωπεύουν άλλο ένα σημαντικό κλινικό εμπόδιο ένταξης των ασθενών. Εάν ο ασθενής είναι επιλέξιμος, ο γιατρός χρειάζεται στη συνέχεια να συζητήσει και να προσφέρει στον ασθενή τη δυνατότητα ένταξης στη συγκεκριμένη μελέτη και μόνο τότε ο ασθενής θα έχει την ευκαιρία να αποφασίσει αν θα συμμετάσχει, μια απόφαση που λαμβάνεται στο τέλος μιας μακράς διαδικασίας, και μόνο εφ'όσον τα ενδιάμεσα εμπόδια έχουν ξεπεραστεί επιτυχώς. Επομένως, οι επιλέξιμοι ασθενείς ενδέχεται να μην ενταχθούν είτε γιατί ποτέ δεν τους ζητήθηκε είτε γιατί αρνήθηκαν όταν ερωτήθηκαν. Να σημειωθεί επιπλέον ότι τα παραπάνω εμπόδια μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση:

- Για το 56% των ασθενών με καρκίνο δεν υπάρχει διαθέσιμη κλινική μελέτη στο κέντρο όπου θεραπεύονται
- Το 17% δεν είναι επιλέξιμο λόγω των κριτηρίων επιλεξιμότητας
- Πολλοί επιλέξιμοι ασθενείς δεν καλούνται να ενταχθούν
- Μόνο το 27% των ασθενών έχει τελικά την επιλογή να αποφασίσει εάν επιθυμεί να ενταχθεί
- Μόνο το 8% συμμετέχει τελικά

Συνεπώς, οι δομικοί και κλινικοί παράγοντες είναι οι κύριοι λόγοι για τους οποίους περίπου τρεις στους τέσσερις ασθενείς δεν συμμετέχουν σε κλινικές δοκιμές, ενώ από την άλλη μεριά, στην ίδια ανάλυση φάνηκε ότι περισσότεροι από το 50% των επιλέξιμων ασθενών που τους ζητήθηκε να ενταχθούν σε κλινική μελέτη συμφωνούν να το πράξουν. Το χάσμα αυτό μεταξύ της προθυμίας των ασθενών να συμμετάσχουν και των χαμηλών ποσοστών ένταξης, υποδηλώνει ότι υπάρχουν πολλά εμπόδια στην πρόσβαση σε κλινικές μελέτες, πολλά από τα οποία είναι τροποποιήσιμα.

Για να αυξηθεί ο ρυθμός ένταξης των ασθενών σε κλινικές μελέτες, χρειάζεται να τροποποιηθούν οι παρακάτω φραγμοί:

A. Παράγοντες που αφορούν τους παρόχους κλινικών μελετών

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, οι σπόνσορες και τα ιδρύματα έχουν σημαντικό ρόλο στην ένταξη ασθενών σε κλινικές δοκιμές, ο οποίος καθορίζεται από αποφάσεις σχετικά με το ποιες και πόσες δοκιμές θα ανοίξουν, με τον αριθμό και το είδος του ερευνητικού προσωπικού που απασχολείται σε αυτά, καθώς και με τον τρόπο που εντοπίζουν τους κατάλληλους για ένταξη ασθενείς. Αυτές οι αποφάσεις εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την επάρκεια χρηματοδότησης, που συχνά παρέχεται από το σύστημα (π.χ. από Εθνικά Ινστιτούτα Καρκίνου) ή τη φαρμακευτική βιομηχανία, για την υποστήριξη του απαραίτητου ερευνητικού προσωπικού και των υποδομών.

B. Παράγοντες που αφορούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας των κλινικών μελετών

Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα αυστηρά κριτήρια επιλεξιμότητας των κλινικών δοκιμών δημιουργούν έναν πληθυσμό ασθενών που πιθανόν δεν αντικατοπτρίζει τον γενικό πληθυσμό ασθενών που πάσχει από τη νόσο. Εκτός από την αμφισβήτηση σχετικά με τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων των κλινικών μελετών, αυτοί οι περιορισμοί αποκλείουν αρκετούς ασθενείς από τη συμμετοχή τους σε κλινικές μελέτες. Υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο πάνω από 17% των ασθενών με καρκίνο αποκλείονται βάσει αυτών των κριτηρίων. Οι οργανισμοί ASCO, FDA και Friends of Cancer Research προτείνουν τροποποίηση σε καθιερωμένα κριτήρια αποκλεισμού, όπως είναι για παράδειγμα η παρουσία εγκαταστάσεων, η ελάχιστη ηλικία, η δυσλειτουργία οργάνων, το ιστορικό δεύτερης κακοήθειας, κ.ά.

Γ. Παράγοντες που αφορούν την επικοινωνία ερευνητών – ασθενών

Οι κλινικοί γιατροί μπορεί να υποτιμούν την πιθανότητα οι ασθενείς τους να επιθυμούν όντως να συμμετάσχουν σε μια κλινική μελέτη ή μπορεί να υπερεκτιμούν την πιθανότητα μη συμμερφωσής τους στις διαδικασίες της μελέτης. Έτσι, τελικά μπορεί να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή μόνο όσων εκείνοι πιστεύουν ότι έχουν την ικανότητα να συμμερφωθούν. Από την άλλη, οι ασθενείς πιθανόν να υπερεκτιμούν τους κινδύνους που συνεπάγεται η συμμετοχή σε κλινική μελέτη έναντι των κινδύνων που σχετίζονται με τις καθιερωμένες θεραπείες. Επιπλέον, ίσως είναι καχύποπτοι σχετικά με τα ηθικά κίνητρα της κλινικής έρευνας. Η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και κλινικών γιατρών μπορεί να ενισχύσει τον ρυθμό ένταξης των ασθενών και να τροποποιήσει τη στάση τους σχετικά με τη συμμετοχή σε κλινικές μελέτες.

Δ. Παράγοντες που αφορούν τους ασθενείς

1. Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την ύπαρξη διαθέσιμων κλινικών μελετών

Συνολικά η πλειοψηφία των ασθενών θεωρεί ότι η κύρια πηγή ενημέρωσης για την κλινική έρευνα και τις κλινικές μελέτες θα πρέπει να παρέχεται από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Μόνο το 6% των ασθενών που εντάχθηκαν σε κλινική μελέτη είχε ενημερωθεί από οργανώσεις ασθενών ή από μητρώα καταγραφής κλινικών μελετών όπως είναι το ClinicalTrials.gov. Όμως, μελέτες έχουν δείξει ότι οι πάροχοι δεν συζητούν την επιλογή της συμμετοχής σε κλινική μελέτη στο 17%-76% των επιλέξιμων ασθενών, κάτι που ισχύει περισσότερο για τις μειονότητες και τους ηλικιωμένους ασθενείς και πηγάζει από λανθασμένες παραδοχές σχετικά με τις προτιμήσεις του ασθενούς. Ο χρόνος ευαισθητοποίησης του ασθενούς επίσης είναι κρίσιμος, καθώς η ευκαιρία ένταξης σε κλινική μελέτη σχετίζεται με πολύ συγκεκριμένα χρονικά παράθυρα και επιπλέον γιατί οι θεραπευτικές επιλογές μπορεί να επηρεάσουν την επιλεξιμότητα του ασθενούς για μεταγενέστερη ένταξη σε κλινική μελέτη. Απαιτείται να καταβληθεί σημαντική προσπάθεια προς την κατεύθυνση της ενημέρωσης των ασθενών με στόχο την ενθάρρυνσή τους, ώστε να ερωτούν οι ίδιοι τον πάροκό τους σχετικά με τη διαθεσιμότητα κλινικών μελετών για την περίπτωσή τους.

2. Ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την κλινική έρευνα

Για να επιλέξει ο ασθενής να συμμετάσχει σε μια κλινική μελέτη, πρέπει να ενδιαφέρεται για την έρευνα, κάτι που σχετίζεται με τη γενική κατανόηση των στόχων της κλινικής έρευνας και ταυτόχρονα με το ενδιαφέρον του ασθενούς για την καλύτερη δυνατή θεραπεία, κάτι που αναφέρεται από τους ασθενείς ως πρωταρχικός λόγος συμμετοχής σε κλινικές δοκιμές. Η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των ασθενών θα πρέπει να στοχεύει στην ενίσχυση της γνώσης τους σχετικά με τις διαδικασίες και τα οφέλη που απορρέουν από τη συμμετοχή τους στις κλινικές μελέτες. Αυτό συνεπάγεται χρόνο και πόρους, όμως μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αισθάνονται πιο έτοιμοι να συμμετάσχουν στην κλινική έρευνα. Προς την κατεύθυνση αυτή μπορούν να χρησιμοποιηθούν βίντεο, φυλλάδια, οργανώσεις υπεράσπισης, νοσηλεύτριες ή γιατροί.

E. Εξωγενείς παράγοντες που αφορούν τους ασθενείς

Οι ασθενείς που αρνούνται να συμμετάσχουν σε κλινικές μελέτες αναφέρουν ως κύριες αιτίες τον φόβο (κίνδυνος τοξικότητας, αβεβαιότητα για την έκβαση), την απώλεια ελέγχου (αισθάνονται άβολα με την ιδέα του placebo, της τυχαιοποίησης, προτιμούν να επιλέγουν οι ίδιοι την θεραπεία τους), το κόστος και τις απαιτητικές διαδικασίες των μελετών. Για να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια χρειάζεται:

1. Απλοποίηση των διαδικασιών

Οι διαδικασίες που συνεπάγονται οι κλινικές μελέτες αποτελούν συχνά σημαντικό εμπόδιο για τον ασθενή. Οι ασθενείς αναφέρουν ότι απαιτούνται επιπλέον επισκέψεις για να συμμετάσχουν σε κλινικές μελέτες, τα κέντρα διεξαγωγής είναι συχνά μακριά από τα κέντρα όπου θεραπεύονται, ιδίως για όσους διαμένουν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές. Γίνονται προσπάθειες για τη μείωση των μετακινήσεων των ασθενών και τη διευκόλυνση της διεξαγωγής των κλινικών μελετών, οι οποίες περιλαμβάνουν τη χρήση ψηφιακών εργαλείων υγείας, όπως κινητά τηλέφωνα, φορητές συσκευές και χρήση της τηλεϊατρικής. Άλλες προσπάθειες αφορούν τη μακρόθεν λήψη συγκατάθεσης από τον ασθενή, τη χρήση φορητών συσκευών που συλλέγουν δεδομένα και τη χρήση της τηλεϊατρικής για



τη διεκπεραίωση των τακτικών επισκέψεων. Υπάρχει μάλιστα αυξανόμενο ενδιαφέρον των εταιρειών τεχνολογίας και εταιρειών που παρέχουν κλινικές δοκιμές, για τη διενέργεια μελετών με τη χρήση ψηφιακών μέσων, αλλά δεν υπάρχει καμία που να έχει τεθεί σε εφαρμογή ακόμη.

2. Μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται η συμμετοχή σε κλινική μελέτη

Η συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές περιλαμβάνει μεγαλύτερο άμεσο (-10% έως και 10% μεγαλύτερο από αυτό της συνήθους φροντίδας) αλλά και έμμεσο κόστος για τον ασθενή (π.χ. κόστος μεταφορών, διαμονής), γεγονός που συχνά επηρεάζει αρνητικά το ενδεχόμενο συμμετοχής του.

Ιστορικά, η φροντίδα των ασθενών που λάμβαναν μέρος σε κλινική μελέτη δεν καλυπτόταν από τον ασφαλιστικό φορέα, γεγονός που αποτέλεσε αποτρεπτικό παράγοντα για τη συμμετοχή τους. Ωστόσο, ο σχεδιασμός των περισσότερων κλινικών μελετών περιλαμβάνει σκέλος ελέγχου με την καθιερωμένη θεραπεία. Η κάλυψη των εξόδων της καθιερωμένης θεραπείας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς είναι πολύ σημαντική, ιδιαίτερα μάλιστα για ασθενείς χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, οι οποίοι πιθανόν δεν διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη.

Η αποζημίωση των ασθενών για το έμμεσο κόστος που συνεπάγεται η συμμετοχή τους σε κλινικές μελέτες έχει δειχθεί ότι αυξάνει σημαντικά τον ρυθμό ένταξης των ασθενών, ειδικά μάλιστα των κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερων. Αυτή η πρακτική δημιουργεί αντιπαραθέσεις λόγω της πιθανότητας να επηρεάσει την απόφαση των ασθενών για συμμετοχή στην έρευνα. Η έκθεση Belmont, που χρησιμεύει ως βάση για την ηθική της έρευνας, δηλώνει ότι η συμφωνία συμμετοχής στην έρευνα ισχύει μόνο εάν δοθεί εθελοντικά, δηλαδή χωρίς εξαναγκασμό ή αδικαιολόγητη επιρροή στον ασθενή. Σύμφωνα με αυτήν την έκθεση, ακόμη και αποδεκτά κίνητρα θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι ασκούν αδικαιολόγητη επιρροή εάν ο συμμετέχων είναι ευάλωτος. Συνολικά όμως, οι κανονισμοί επιτρέπουν τη χορήγηση αποζημίωσης για τη συμμετοχή στην έρευνα, αλλά ταυτόχρονα εφιστούν την προσοχή, ώστε οι αποζημιώσεις αυτές να είναι τέτοιες ώστε να μην μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την απόφαση των ασθενών να συμμετάσχουν. Ωστόσο, αμφισβημία και ανησυχία εξακολουθεί να υπάρχει, με αποτέλεσμα η αποζημίωση των βοηθητικών δαπανών του ασθενούς να μην είναι συχνή στις κλινικές δοκιμές που αφορούν τον καρκίνο. Προς την κατεύθυνση αυτή, σε Δήλωση Πολιτικής από την ASCO προτείνονται συγκεκριμένες ενέργειες για τη μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των ασθενών που σχετίζεται με τη συμμετοχή τους σε κλινικές μελέτες.

3. Ισορροπημένη ενημέρωση για τα οφέλη και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των κλινικών μελετών

Οι ρυθμιστικοί κανονισμοί απαιτούν οι ασθενείς να είναι ενημερωμένοι για τα οφέλη και τους κινδύνους της έρευνας, για τις εναλλακτικές επιλογές που είναι διαθέσιμες, καθώς και για το ότι μπορούν ανά πάσα στιγμή να αποσύρουν τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην κλινική μελέτη. Επιπλέον όμως χρειάζεται να ενημερωθούν σχετικά με το ότι ο σχεδιασμός των κλινικών μελετών εξασφαλίζει μικρό κίνδυνο τοξικότητας ή ανεπιτυχούς έκβασης σε σχέση με τις καθιερωμένες θεραπείες. Προς την κατεύθυνση αυτή χρειάζεται ισορροπημένη παρουσίαση των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών του σκέλους ελέγχου σε σχέση με εκείνες της καθιερωμένης θεραπείας. Δυστυχώς, το έγγραφο ενημερωμένης συγκατάθεσης είναι συχνά μακροσκελές με σύνθετη γλώσσα και έννοιες και συχνά δεν γίνεται κατανοητό από τους ασθενείς. Είναι σημαντικό ότι οι πρόσφατα προτεινόμενες αλλαγές στους κανονισμούς που διέπουν την έρευνα που περιλαμβάνει ανθρώπους θα απαιτήσουν απλοποίηση των εντύπων ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Συμπερασματικά:

Οι κλινικές μελέτες για τον καρκίνο αποτελούν ένα ερευνητικό εργαλείο και ταυτόχρονα παρέχουν τη δυνατότητα θεραπείας αιχμής και υψηλό επίπεδο κλινικής φροντίδας. Υπάρχουν διαφορετικά εμπόδια, δομικά, κλινικά και εμπόδια σχετιζόμενα με τον ασθενή που μπορούν να εμποδίσουν την πρόσβαση και την ένταξή τους σε κλινικές μελέτες.

Τα εμπόδια αυτά αφορούν:

- Τη διαθεσιμότητα κλινικών δοκιμών
- Τη δυσκολία των ασθενών και των γιατρών να αντιμετωπίσουν την αβεβαιότητα που συνεπάγεται η συμμετοχή σε κλινικές μελέτες
- Τα αυστηρά κριτήρια επιλεξιμότητας
- Την έλλειψη πόρων για την υποστήριξη της οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγονται οι κλινικές μελέτες για τους ασθενείς αλλά και για τους ερευνητές
- Έμμεσο κόστος και απαιτητικές διαδικασίες που δυσχεραίνουν τη συμμετοχή των ασθενών

Η έρευνα για την αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των εμποδίων είναι αναγκαία να επιταχθεί ώστε να αυξηθεί ο ρυθμός ένταξης των ασθενών. Σημαντικές προσπάθειες χρειάζεται να καταβληθούν επίσης και προς την κατεύθυνση της ευαισθητοποίησης, εκπαίδευσης και προσέγγισης των ασθενών.

Στην Ελλάδα έχουμε υψηλό επίπεδο κλινικής έρευνας, δεδομένου ότι υπάρχει εξειδικευμένο, ιατρικό και μη προσωπικό που απασχολείται στα υφιστάμενα κέντρα κλινικών μελετών. Επίσης, υπάρχει ένα κεντρικό όργανο εγκρί-

σεων (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων-ΕΟΦ) και έχουν επισπευθεί σημαντικά οι σχετικές διαδικασίες. Παρόλα αυτά, εξακολουθούμε ως χώρα να έχουμε χαμηλό αριθμό διαθέσιμων κλινικών μελετών ανάλογα με τον πληθυσμό μας, γεγονός που σημαίνει ότι υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης. Η βελτίωση του ρυθμού ένταξης των ογκολογικών ασθενών σε κλινικές μελέτες στην Ελλάδα μπορεί να επέλθει με την παγίωση πολιτικών που θα προωθήσουν την κλινική έρευνα για τον καρκίνο στην χώρα μας, κάτι το οποίο χρειάζεται να αποτελεί μέρος του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον καρκίνο.

Τέτοιες πολιτικές είναι:

- Δημιουργία ευνοϊκού περιβάλλοντος για την προσέλκυση διεθνών κλινικών μελετών στη χώρα μας
- Απλοποίηση και επιτάχυνση των διαδικασιών έγκρισης
- Δημιουργία του πλαισίου και των προϋποθέσεων λειτουργίας των κέντρων κλινικής έρευνας
- Προώθηση της δημιουργίας αξιόπιστων κέντρων κλινικών μελετών σε όλη τη χώρα
- Ενίσχυση των υλικοτεχνικών υποδομών και του προσωπικού που απαιτείται για τη λειτουργία τους
- Χρηματοδότηση κλινικών μελετών σε εθνικό επίπεδο
- Προώθηση της εκπαίδευσης σε αντικείμενα που σχετίζονται με τη διεξαγωγή κλινικών μελετών
- Δημιουργία μητρώων καταγραφής των κλινικών μελετών που πραγματοποιούνται στη χώρα
- Ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των ασθενών για τον σκοπό, τις διαδικασίες και τα οφέλη των κλινικών μελετών
- Ενημέρωση ασθενών σχετικά με τις διαθέσιμες κλινικές μελέτες και ισορροπημένη παρουσίαση των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών σε σχέση με εκείνες της καθιερωμένης θεραπείας
- Απλοποιημένα έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης
- Απλοποίηση των διαδικασιών κάλυψης των έμμεσων εξόδων που συνεπάγεται η συμμετοχή σε κλινικές μελέτες

Ταυτόχρονα, οι δυνατότητες που προσφέρει η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν σημαντικές τρέχουσες δυσλειτουργίες του καθιερωμένου τρόπου διεξαγωγής των κλινικών μελετών, όπως για παράδειγμα την ταυτοποίηση και ένταξη των υποψηφίων, τη συλλογή των δεδομένων και την παρακολούθηση των συμμετεχόντων, μειώνοντας έτσι σημαντικά το κόστος και τη λοιπή επιβάρυνση των συμμετεχόντων και αυξάνοντας την ένταξη των ασθενών, ιδιαίτερα μάλιστα υπό το πρίσμα της πανδημίας covid-19, που είχε σημαντικό αντίκτυπο διεθνώς στην ένταξη ασθενών σε κλινικές μελέτες.

Αναφορές:

Barriers to Patient Enrollment in Therapeutic Clinical Trials for Cancer. A Landscape Report. Available from: <https://www.fightcancer.org/policy-resources/clinical-trial-barriers>

Conducting and Managing Cancer Clinical Trials. A Library of Resources. Chapter V. Management of Trial Participants. Available from: <https://www.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/research-and-progressdocuments/2020-ASCO-RCF-Library-Manage-Participants.pdf>

Nipp RD, Hong K, Paskett ED. Overcoming Barriers to Clinical Trial Enrollment. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2019 Jan;39:105-114. doi: 10.1200/EDBK_243729. Epub 2019 May 17. PMID: 31099636.

Carneiro A, Amaral TMS, Brandao M, Scheffler M, Bol K, Ferrara R, Jalving M, Lo Russo G, Marquez-Rodas I, Matikas A, Mezquita L, Morgan G, Onesti CE, Pilotto S, Saloustros E, Trapani D. Disparities in access to oncology clinical trials in Europe in the period 2009-2019. *Annals of Oncology*, Volume 31 Supplement 4, September 2020. Abstract LBA66_PRLung Cancer Europe (LuCE).

LuCE Position Paper: disparities and challenges in access to lung cancer diagnosis and treatment across Europe. Bern: 2020. Available from: <https://www.lungcancereurope.eu/wp-content/uploads/2020/02/LuCE-POSITION-PAPER-English.pdf>

Sacristán JA, Aguarón A, Avendaño-Solá C, Garrido P, Carrión J, Gutiérrez A, Kroes R, Flores A. Patient involvement in clinical research: why, when, and how. Patient Prefer Adherence. 2016 Apr 27;10:631-40. doi: 10.2147/PPA.S104259. PMID: 27175063; PMCID: PMC4854260.

Unger JM, Vaidya R, Hershman DL, Minasian LM, Fleury ME. Systematic Review and Meta-Analysis of the Magnitude of Structural, Clinical, and Physician and Patient Barriers to Cancer Clinical Trial Participation. J Natl Cancer Inst. 2019 Mar 1;111(3):245-255. doi: 10.1093/jnci/djy221. PMID: 30856272; PMCID: PMC6410951.

Kim ES, Bruinooge SS, Roberts S, Ison G, Lin NU, Gore L, Uldrick TS, Lichtman SM, Roach N, Beaver JA, Sridhara R, Hesketh PJ, Denicoff AM, Garrett-Mayer E, Rubin E, Multani P, Prowell TM, Schenkel C, Kozak M, Allen J, Sigal E, Schilsky RL. Broadening Eligibility Criteria to Make Clinical Trials More Representative: American Society of Clinical Oncology and Friends of Cancer Research Joint Research Statement. J Clin Oncol. 2017 Nov 20;35(33):3737-3744. doi: 10.1200/JCO.2017.73.7916. Epub 2017 Oct 2. PMID: 28968170; PMCID: PMC5692724

Statement Karen M. Winkfield, Jonathan K. Phillips, Steven Joffe, Michael T. Halpern, Dana S. Wollins, and Beverly Moy. Addressing Financial Barriers to Patient Participation in Clinical Trials: ASCO Policy. *Journal of Clinical Oncology* 2018 36:33, 3331-3339

Inan, O.T., Tenaerts, P., Prindiville, S.A. et al. Digitizing clinical trials. npj Digit. Med. 3, 101 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0302-y>

Konstantinos Ntzamaras, "Clinical trials as a potential factor of growth in Greece", MBA Dissertation, Hellenic Open University, Patras, September 2017



Βασίλης Κοντοζαμάνης

Αναπληρωτής υπουργός Υγείας

Κυρίες και κύριοι,

Αγαπητοί προσκεκλημένοι,

Είναι χαρά μου να συμμετέχω στη σημερινή συζήτηση που διοργανώνει ο Economist και η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος με θέμα την αναζήτηση ενός σχεδίου δράσης για τον Καρκίνο του Πνεύμονα στην Ελλάδα. Επιτρέψτε μου να μεταφέρω τα συγκαρτηρία του υπουργού Υγείας κ. Βασίλη Κικίλια για τη διοργάνωση, το επίπεδο των εισηγήσεων και την ποιότητα των συζητήσεων και να σας διαβεβαιώσω ότι το Υπουργείο ακούει πολύ προσεκτικά όχι μόνο τη συγκεκριμένη πρωτοβουλία, αλλά και όλες τις πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην αναζήτηση κοινών λύσεων για σημαντικά προβλήματα υγείας στη χώρα μας.

Δυστυχώς ο υπουργός δεν μπόρεσε σήμερα να παραστεί λόγω πολύ σημαντικών υποχρεώσεων, καθώς είμαστε αυτήν τη στιγμή στην πιο κρίσιμη μάχη κατά της πανδημίας. Ήδη διαφαίνεται ορατή διέξοδος εντός του 2021. Το πρόγραμμα εμβολιασμών κατά της covid-19 προχωρά κανονικά και η χώρα μας βρίσκεται μεταξύ των χωρών με τα μεγαλύτερα ποσοστά εμβολιασμών ανά 100 κατοίκους παγκοσμίως.

Όμως δεν έχουμε περάσει τον σκόπελο ακόμη. Πρέπει να διατηρήσουμε την ψυχραιμία μας, να τηρούμε τα μέτρα δημόσιας υγείας και να ακολουθούμε τις οδηγίες για να μπορέσουμε όσο πιο γρήγορα καταστεί δυνατόν να προχωρήσουμε στη μετά την πανδημία περίοδο. Το αισιόδοξο μήνυμα είναι ότι αυτή η περίοδος αρχίζει να σχηματίζεται αδρά. Είναι σημαντικό ότι αυτή η εκδήλωση μάς καλεί να συζητήσουμε τι θα κάνουμε για το μέλλον για ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας που δεν σχετίζεται άμεσα με την covid-19. Αυτό από μόνο του είναι μια θετική εξέλιξη.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου αποτελεί σταθερή προτεραιότητα για το Υπουργείο Υγείας και την κυβέρνηση, η οποία επιμένει στη δέσμευσή της να αντιμετωπίσει τις μεγάλες προκλήσεις της υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Επιμένει να αναπτύξει στρατηγικές για τα σημαντικά νοσήματα που επηρεάζουν τους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και αναπηρίας στον ελληνικό πληθυσμό. Ο καρκίνος είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου στη χώρα μας και ο καρκίνος του πνεύμονα ειδικότερα αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου στη χώρα και την τέταρτη πιο σημαντική ασθένεια σε όρους θνησιμότητας και αναπηρίας σε συνδυασμό. Είναι προφανές ότι ο καρκίνος και ειδικότερα ο καρκίνος του πνεύμονα θα αποτελεί κυβερνητική προτεραιότητα.

Η πρωτοβουλία αυτή είναι ακόμη πιο επίκαιρη μετά την ανακοίνωση του Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στις 3 Φεβρουαρίου. Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης κατά του Καρκίνου ανανεώνει τη δέσμευση της Ευρώπης για την πρόληψη, τη θεραπεία και τη φροντίδα του καρκίνου. Αναγνωρίζει τις αυξανόμενες προκλήσεις και ευκαιρίες συμπεριλαμβανομένων και των εξελίξεων στη φροντίδα του καρκίνου. Στοχεύει να εξαλείψει τις ανισότητες στην αντιμετώπιση του καρκίνου μεταξύ των κρατών μελών. Η προσαρμογή του Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης στα δεδομένα της χώρας μας είναι μια πρόκληση και σε αυτήν θα ανταποκριθούμε με περισσότερες δυνάμεις όταν μπορέσουμε να ελέγξουμε την πορεία της πανδημίας. Πιστεύουμε όμως ότι η πρόταση για ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο του Πνεύμονα μπορεί να αποτελέσει μια πολύ καλή αφετηρία, την οποία στηρίζουμε.

Κατ' αρχάς, σε όλη τη διάρκεια της πανδημίας προσπαθήσαμε να λάβουμε εκείνα τα μέτρα που θα βοηθούσαν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν λιγότερες δυσκολίες στην αναζήτηση και τη λήψη της αναγκαίας φροντίδας, ιδιαίτερα οι ασθενείς με πολύ σοβαρές παθήσεις όπως οι ογκολογικοί ασθενείς. Η εισαγωγή της άυλης συνταγογράφησης, η έκδοση επαναλαμβανόμενων συνταγών μέσω της ΗΔΙΚΑ και η απρόσκοπτη συνέχιση της αγωγής μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής προέγκρισης του ΕΟΠΥΥ, αλλά και η κατ' οίκον αποστολή φαρμάκων σε ασθενείς που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, ήταν μερικές από τις πρωτοβουλίες αυτές. Έγιναν προσπάθειες για την απρόσκοπτη πρόσβαση των ασθενών σε μονάδες έγχυσης και στην παροχή της αναγκαίας φροντίδας. Ξέρουμε ότι δεν ήταν πάντα αρκετές. Αλλά είμαστε διατεθειμένοι να ακούσουμε τους ειδικούς και να προσπαθήσουμε στο δύσκολο περιβάλλον της πανδημίας να λάβουμε όλα τα μέτρα που είναι δυνατόν να ληφθούν για να διευκολύνουν την έγκαιρη διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση των ογκολογικών παθήσεων.

Σήμερα μπορούμε να συζητήσουμε για αυτήν την τόσο σημαντική πρόκληση του καρκίνου του πνεύμονα και ενθαρρύνουμε αυτήν την πρωτοβουλία της ΕΟΠΕ και είμαστε στη διάθεση των επιστημονικών εταιρειών, των αρμόδιων φορέων και των ασθενών να συζητήσουμε διεξοδικά και να διερευνήσουμε από κοινού εποικοδομητικές προτάσεις για τη βελτιστοποίηση αυτής της πρότασης. Υιοθετούμε το τρίπτυχο πρόληψη-διάγνωση-θεραπεία ως το

βασικό πλαίσιο αξόνων για την ανάπτυξη δράσεων και ως Υπουργείο Υγείας έχουμε ήδη προχωρήσει σε σημαντικές παρεμβάσεις σε αυτούς τους τομείς. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η αυστηρή εφαρμογή της νομοθεσίας κατά του καπνίσματος και η εισαγωγή του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ) «Σπύρος Δοξιάδης» στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου για τη Δημόσια Υγεία με τον Ν.4675/2020. Η μείωση του καπνίσματος αποτελεί βασικό συστατικό των δράσεων για την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα και του καρκίνου γενικότερα και χαιρόμαστε που ως κυβέρνηση δώσαμε μια σημαντική ώθηση στη μείωση του καπνίσματος στον γενικό πληθυσμό, μια τάση που ήδη έχει αρχίσει να καταγράφεται.

Το Υπουργείο πιστεύει στη σημασία της διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και για αυτόν τον λόγο προχωρήσαμε στη δημιουργία του Ο.Δι.Π.Υ. με τον Ν.4715/2020 στην προσπάθειά μας να βελτιώσουμε το επίπεδο ασφάλειας, επάρκειας και καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με βάση τα διεθνή επισημονικά πρότυπα.

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγείας αποτελεί για εμάς την κορωνίδα των μεταρρυθμίσεων στην υγεία. Στο πλαίσιο του Ταμείου Ανάκαμψης έχουμε καταθέσει προτάσεις προϋπολογισμού άνω των 300 εκ. ευρώ για δράσεις ψηφιακής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, μια μεγάλη παρέμβαση που σχεδιάζουμε είναι το πρόγραμμα του ψηφιακού μετασχηματισμού διαχείρισης του καρκίνου. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια υποδομή που θα υποστηρίζει την παροχή αποτελεσματικής και ποιοτικής φροντίδας υγείας σε ογκολογικούς ασθενείς. Η καινοτομία του προγράμματος αυτού αφορά στη δημιουργία των κατάλληλων ψηφιακών υποδομών σε περιβάλλον νοσοκομείου, που θα υποστηρίζει τη διατομεακή λήψη αποφάσεων (multidisciplinary decision support teams), την υποστήριξη του σχεδιασμού της αγωγής και θεραπείας του ασθενούς, τη χορήγηση τη θεραπείας και θα περιλαμβάνει επίσης εργαλεία αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας, την παροχή φροντίδας κατ' οίκου και παροχής ανακουφιστικής φροντίδας.

Όλα αυτά υπό την ομπρέλα του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) και τη λειτουργία φακέλου ογκολογικού ασθενούς και σχετικών μητρώων, μέσα από τα οποία μπορούν να παρακολουθούνται και να αναλύονται τα αποτελέσματα που έχουν αξία για τους ασθενείς και να καταγράφονται δείκτες ποιότητας της παρεχόμενης ογκολογικής φροντίδας.

Επιπλέον, στο πλαίσιο καλύτερης εξυπηρέτησης των ασθενών, και ειδικότερα για αυτούς που διαβιούν σε πυκνοκατοικημένες περιοχές, νησιά, ορεινές και δύσβατες περιοχές που αντιμετωπίζουν δυσκολία προσέγγισης σε μεγάλες νοσοκομειακές δομές, υπό προϋποθέσεις και σε πιστοποιημένα Κέντρα Υγείας που θα πληρούν τις προϋποθέσεις ασφαλούς χορήγησης φαρμάκων, θα είναι δυνατόν να χορηγηθεί αντινεοπλασματική αγωγή.

Όσον αφορά την πρόσβαση των ασθενών σε νέες θεραπείες, η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης κάνει μια εξαιρετική δουλειά για τη σύναψη συμφωνιών με τις φαρμακευτικές εταιρείες, που στόχο έχουν να διασφαλίσουν τόσο την πρόσβαση των ασθενών στην Ελλάδα σε καινοτόμους θεραπιές, όσο και τη βιωσιμότητα του συστήματος.

Η εισαγωγή της δυνατότητας συμψηφισμού των δαπανών για κλινικές μελέτες και έρευνα με τον μηχανισμό αυτόματων επιστροφών για τις φαρμακευτικές εταιρείες έχει βοηθήσει σημαντικά στην προσέλκυση νέων κλινικών μελετών στη χώρα μας και είμαστε διατεθειμένοι να συζητήσουμε περαιτέρω δράσεις, αν είναι εφικτό, για να ενισχύσουμε την παρουσία της χώρας στη διεθνή ερευνητική πραγματικότητα.

Τέλος, αναγνωρίζουμε την αξία της εξατομικευμένης ιατρικής με τη χρήση βιοδεικτών και είμαστε διατεθειμένοι να έχουμε αυτόν τον διάλογο στο μέλλον, προκειμένου να χτίσουμε τις βάσεις για λύσεις που θα εξασφαλίζουν μακροπρόθεσμα την πρόσβαση των Ελλήνων ασθενών με καρκίνο σε αυτές τις διαγνωστικές τεχνολογίες.

Κυρίες και κύριοι,

Πιστεύουμε μαζί με σας ότι είναι σημαντικό λιγότεροι άνθρωποι να νοσήσουν από καρκίνο του πνεύμονα, περισσότερο άνθρωποι να επιζήσουν της νόσου και περισσότεροι συμπολίτες μας να λάβουν υψηλής ποιότητας ογκολογική φροντίδα.

Κατανοούμε το ζήτημα της έγκαιρης διάγνωσης. Είμαστε διατεθειμένοι με τα κατάλληλα δεδομένα να δούμε πώς μπορεί να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση των λειτουργών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ποιοι μηχανισμοί επιστημονικής ανταλλαγής γνώσης και εμπειρίας μπορούν να εφαρμοσθούν. Πώς η ψηφιακή υγεία θα μπορούσε να βοηθήσει στο πεδίο αυτό. Επιπλέον, συζητούμε τη δυνατότητα ανάπτυξης ογκολογικών δικτύων με κέντρο ογκολογικές κλινικές στη χώρα, για να μπορέσουμε να έχουμε καλύτερη συνεργασία μεταξύ των μονάδων υγείας στη χώρα, αλλά και να φέρουμε τη φροντίδα του ειδικού όσο πιο κοντά στον πολίτη.

Ξέρουμε ότι έχουμε υψηλής ποιότητας ανθρώπινο δυναμικό στην ογκολογική φροντίδα στη χώρα μας. Ξέρουμε ότι έχουμε υψηλής στάθμης επιστήμονες. Ξέρουμε ότι και οι νοσηλευτές μας και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας έχουν άριστο επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματισμού. Οι εκπρόσωποι των ασθενών έχουν λάβει υψηλές διακρίσεις στα ευρωπαϊκά fora. Έχουμε την καλή πρώτη ύλη και μπορούμε μέσα από τον διάλογο να καταλήξουμε σε ένα αποτελεσματικό, παραγωγικό, υλοποιήσιμο και μετρήσιμο Εθνικό Σχέδιο Δράσης.



Δημήτρης Φιλίππου

Γενικός χειρουργός
Επικουρος καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Πρόεδρος ΕΟΦ
Πρόεδρος Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων

Θέλω κατ' αρχάς να ευχαριστήσω τους οργανωτές για την ιδιαίτερα τιμητική πρόσκληση να συμμετάσχω στην ιδιαίτερα σημαντική αυτήν επιστημονική εκδήλωση με θέμα την πολυπαραγοντική προσέγγιση και σύγχρονη αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα. Ένα συνέδριο το οποίο έρχεται σε μια δύσκολη εποχή σε παγκόσμιο επίπεδο, η οποία χαρακτηρίζεται από την πανδημία με τον ιό SARS-CoV-2.

Πανδημία η οποία έχει επιφέρει καθοριστικές μεταβολές στον χώρο της υγείας όπως τον γνωρίζαμε μέχρι σήμερα, προκαλώντας σοβαρές παρενέργειες στο σύστημα και επηρεάζοντας σημαντικά έμμεσα και άμεσα τους ασθενείς και ιδίως τους χρονίως πάσχοντες.

Μια σημαντική κατηγορία χρονίως πασχόντων συνανθρώπων μας είναι οι ογκολογικοί ασθενείς. Επιτρέψτε μου να κάνω μια σύντομη αναφορά σε στοιχεία που αποδεικνύουν τη σοβαρότητα του καρκίνου του πνεύμονα, που αποτελεί και αντικείμενο της σημερινής συνεδριακής ημέρας.

Ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας παγκοσμίως. Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον όχι μόνο γιατί είναι πολύ συχνή νόσος αλλά και δυνητικά θανατηφόρα. Όπως υποδεικνύεται από τα διαθέσιμα μέχρι σήμερα δεδομένα, παρά το γεγονός ότι η θνησιμότητα από τις κυριότερες αιτίες θανάτου μειώνεται, η θνησιμότητα από τον σακχαρώδη διαβήτη και ορισμένες μορφές καρκίνου αυξάνεται.

Ο καρκίνος είναι δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως –ευθύνεται για το 17% των θανάτων παγκοσμίως, ενώ η πρώτη αιτία είναι οι παθήσεις του καρδιαγγειακού σε ποσοστό 31%.

Στην Ελλάδα είναι επίσης η δεύτερη αιτία, καθώς τα αντίστοιχα ποσοστά είναι για τις παθήσεις του καρδιαγγειακού 42% και για τον καρκίνο 25%.

Αναφορικά τώρα με τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος και –όπως προανέφερα– αποτελεί αντικείμενο της σημερινής συνεδρίας, τα στοιχεία είναι πραγματικά συγκλονιστικά. Πρέπει να αναφερθεί ότι είναι η πρώτη αιτία καρκίνου και πρώτη αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως. Αναφέρονται 2,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις να διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο και 1,8 εκατομμύρια θάνατοι σε ετήσια βάση. Στην Ελλάδα είναι ο τρίτος συχνότερος καρκίνος και πρώτη αιτία θανάτου. Αναφέρονται περίπου 10.000 νέες περιπτώσεις στην Ελλάδα ανά έτος και 8.350 θάνατοι στην Ελλάδα ανά έτος.

Ανησυχητική αύξηση - χαρακτηριστικά στην Ευρώπη

2,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις το 1995, το 2018 3,1 εκατομμύρια, το οποίο σημαίνει αύξηση 50%. Και, αντιστοίχως, από 1,2 θανάτους ανεβήκαμε στους 1,4 το 2018, άρα αύξηση της τάξης του 20%.

Τεράστια οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας

Στην Ευρώπη το κόστος της θεραπείας των ασθενών με Ca Πνεύμονα ξεπερνά τα 3 δισεκατομμύρια ανά έτος. Στην Ελλάδα η θεραπεία του καρκίνου πνεύμονα που σχετίζεται με το κάπνισμα αγγίζει τα 40 εκατομμύρια ευρώ.

Παγκοσμίως το υψηλότερο κόστος, έχει με 18 δις ο καρκίνος πνεύμονα και ακολουθούν με 13 δις ο καρκίνος παχέος εντέρου, με 14 δις ο καρκίνος του μαστού και με 8,5 δις ο καρκίνος του προστάτη.

Ο καρκίνος αποτελεί πεδίο έρευνας με στόχο την βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών

- Σημαντική εξέλιξη στην έρευνα στον τομέα του καρκίνου. Οι νέες ογκολογικές θεραπείες με μεγάλο εύρος ενδείξεων ωφελούν πολλαπλές ομάδες ασθενών.
- Από το 2012-2018 κάθε χρόνο δέκα νέα φάρμακα εγκρίνονται από τον EMA για τον καρκίνο σε σχέση με 4 τη δεκαετία 2001-2011. Σήμερα που μιλάμε αρκετές επίσης θεραπείες βρίσκονται υπό εξέλιξη ή μελέτη, κάποιες από τις οποίες προορίζονται για τη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα.

Μεταξύ 1995-2018 για τον καρκίνο του πνεύμονα έχουν εγκριθεί 18 φάρμακα.

Η ανοσοθεραπεία φαίνεται να αλλάζει τα δεδομένα:

- Βελτιώνει την επιβίωση, αλλά ταυτόχρονα προκαλεί σημαντική αύξηση του κόστους θεραπείας ανά ασθενή.
- Από 30.000 \$ ανά ασθενή το 2000, έχει ξεπεράσει τα 150.000\$ το 2018.
- Φαίνεται όμως ότι η μείωση των νοσηλειών αντισταθμίζει την αύξηση του κόστους από τις νεότερες θεραπείες, σε κάποιον βαθμό τουλάχιστον. Με αποτέλεσμα το κόστος φροντίδας συνολικά ανά ασθενή να παραμένει σχετικά σταθερό και να παρουσιάζει μικρή μόνο αύξηση.
- Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι αντίθετα με άλλες μορφές καρκίνου, η αύξηση του κόστους στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα σχετίζεται με σημαντική αύξηση στην επιβίωση των ασθενών αυτών.

Το ερώτημα που τίθεται είναι ποιες υπηρεσίες παράγουν το μέγιστο όφελος και πώς μπορούμε να ανταποκριθούμε στις χρηματοδοτικές ανάγκες;

Αυτό είναι ένα κρίσιμο ερώτημα, η απάντηση του οποίου στηρίζεται στην επίλυση της εξίσωσης κόστους αποτελεσματικότητας. Η εξίσωση αυτή τα προηγούμενα χρόνια στη χώρα μας ήταν δύσκολο να καθοριστεί και να επιλυθεί. Πλέον όμως μετά τη θεσμοθέτηση της ΕΑΑΦΑΧ και Επιτροπής Διαπραγμάτευσης αλλά και την πλήρη δραστηριοποίηση των επιτροπών αυτών κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα, τίθενται οι βάσεις σωστής εκτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας των νέων αυτών θεραπειών. Έτσι, καθίσταται δυνατή η εισαγωγή τους στο θεραπευτικό μας οπλοστάσιο με όρους οι οποίοι θα διασφαλίζουν το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον Έλληνα ασθενή, από την άλλη θα προστατεύουν τη βιωσιμότητα του συστήματος περιορίζοντας μια πιθανή ανεξέλεγκτη εκτροπή της οικονομικής δαπάνης.

Ηδη το πρώτο τρίμηνο του 2021 έχουν εισαχθεί στη θετική λίστα όλες οι καινοτόμοι θεραπείες και βρίσκεται σε εξέλιξη διαπραγμάτευση για τις ανοσοθεραπείες. Υπάρχουν διάφορα σχήματα συμφωνιών αναλόγως του προβλήματος, του όγκου, του κόστους αλλά και των ιδιαιτεροτήτων και της αποτελεσματικότητας κάθε θεραπείας, τα οποία είναι δύσκολο να αναπτυχθούν συνοπτικά. Η επιλογή του σχήματος αποζημίωσης που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από το είδος της θεραπείας και στόχος είναι η επίτευξη, όπως προαναφέρθηκε, του βέλτιστου θεραπευτικού αποτελέσματος με ένα βιώσιμο μοντέλο δαπανών στην ογκολογία.

Η αντιμετώπιση βέβαια του καρκίνου του πνεύμονα όπως και κάθε αντίστοιχου προβλήματος είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει:

1. Την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης
2. Την έγκαιρη σε πρώιμο στάδιο νόσου διάγνωση η οποία αυξάνει την πρόγνωση
3. Εισαγωγή καινοτόμων θεραπειών με στόχο την αύξηση της επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών
4. Την παρηγορητική αντιμετώπιση των ασθενών τελικού σταδίου

Στο σημείο αυτό θέλω να κάνω μια αναφορά στη σημαντική προσπάθεια πρόληψης του καρκίνου του πνεύμονα μέσω του αντικαπνιστικού νόμου, ο οποίος αποτέλεσε κομβικό σημείο της πολιτικής υγείας φέτος. Το κάπνισμα είναι γνωστό ότι παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με συγκεκριμένους τύπους καρκίνους του πνεύμονα.

Πρόκειται για μια σημαντική και γενναία προσπάθεια, η οποία φαίνεται ότι παρά τις αρχικές αντιδράσεις έχει αποτελέσματα και έχει γίνει αποδεκτή από τη συντριπτική πλειοψηφία των συμπολιτών μας.

Η υιοθέτηση μιας νέας κουλτούρας και υγειονομικής συμπεριφοράς –ιδιαίτερα από τις νέες γενιές– θέλω να πιστεύω ότι θα έχει σημαντικά αποτελέσματα τις επόμενες δεκαετίες και θα συμβάλει σημαντικά στη μείωση της συχνότητας της νόσου.

Κλείνοντας, θέλω να πιστεύω ότι με βάση όσα προαναφέρθηκαν καθίσταται εμφανής η αξία του παρόντος συνεδρίου, καθόσον πραγματεύεται τις σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις μιας τόσο σημαντικής νόσου.



Μίνα Γκάγκα

Συντονίστρια διευθύντρια της 7ης Πνευμονολογικής Κλινικής
Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»
Πρόεδρος του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)

Σας ευχαριστώ πολύ για την πρόσκληση. Θα ξεκινήσω μιλώντας για τη σημασία της συμμετοχής όλων των ενδιαφερομένων μερών σε ένα πρόγραμμα για τον καρκίνο μετά την πανδημία.

Πρόεδρος του ΚΕΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας) είμαι λιγότερο από 5 μήνες, αλλά κλινική γιατρός είμαι 30 χρόνια και τα 15 από αυτά ασχολούμαι με ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα στο μεγαλύτερο κέντρο για καρκίνο πνεύμονα στην Ελλάδα: το Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», όπου διαγιγνώσκουμε και παρακολουθούμε κάθε χρόνο περίπου 2.000 καινούργιους ασθενείς.

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η τρίτη αιτία θανάτου στην Ευρώπη, είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος όμως έχουμε αλλάξει τον τρόπο που σκεφτόμαστε. Ξεκινήσαμε με μια μηδενιστική ουσιαστικά θεώρηση των πραγμάτων για τον καρκίνο του πνεύμονα και έχουμε φτάσει σε στοχευμένη θεραπεία και εξατομικευμένη θεραπεία και σε πολύ καλύτερα αποτελέσματα. Η πανδημία μπορεί φυσικά να έχει αρνητικά αποτελέσματα στη φροντίδα των ασθενών, αλλά σε όλο αυτό το διάστημα της πανδημίας προσπαθήσαμε να κρατήσουμε ανοιχτά και τα κέντρα διάγνωσης, τα βρογκολογικά εργαστήρια και τα τμήματα που δίνουν χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία και τα χειρουργεία –τα τελευταία δυστυχώς έκλεισαν για περίπου 1,5 μήνα. Γενικά όμως προσπαθήσαμε να κρατήσουμε ανοιχτή τη φροντίδα για όλους τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα και για να μπορέσουμε να παράσχουμε καλή φροντίδα για όλους τους ασθενείς μας, χρειάζεται να είμαστε όλοι μαζί, ογκολόγοι, πνευμονολόγοι, ακτινολόγοι, ψυχολόγοι, νοσηλεύτες, οι πάντες.

Στη διάρκεια της πανδημίας, εκπονήθηκε αυτή η πολύ ωραία μελέτη από το The Economist Intelligence Unit που έγινε σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης και η οποία μας δείχνει σε ποιους τομείς μπορούμε να βελτιωθούμε. Ως Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία, της οποίας εκω διατελέσει μέλος ΔΣ και πρόεδρος τα τελευταία 15 χρόνια, έχουμε κάνει κι εμείς μια αντίστοιχη μελέτη. Ξεκινήσαμε από το 2012 περίπου εξετάζοντας πώς είναι τα πράγματα στην Ευρώπη. Έχουμε δει 35 χώρες και έχουμε διαπιστώσει ότι υπάρχει γενικά μεγάλη ανισότητα στην πρόσβαση για τη διάγνωση και τη θεραπεία σε όλη την Ευρώπη. Υπάρχουν κράτη όπου τα πάντα κινούνται σχεδόν τέλεια και κράτη όπου τα πράγματα έχουν πάρα πολύ μεγάλο περιθώριο για βελτίωση.

Πώς είναι τα πράγματα στην Ελλάδα; Θα ξεκινήσω από την πρόληψη, που είναι πάρα πολύ σημαντική. Το σημαντικότερο βήμα για την πρόληψη ήταν η εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου εδώ και 1,5 χρόνο περίπου. Το τσιγάρο δεν είναι ο μόνος παράγοντας. Έχουμε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που δεν έχουν καπνίσει ποτέ στη ζωή τους. Αλλά το κάπνισμα αποτελεί πραγματικά πολύ σημαντική αιτία για πολλούς καρκίνους, μεταξύ των οποίων και τον καρκίνο του πνεύμονα.

Αυτό που μπορούμε να κάνουμε εμείς ως ΚΕΣΥ καθώς και όλοι οι γιατροί και όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς είναι να βελτιώσουμε την ιατρική εκπαίδευση αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος και να έχουμε συντονισμένα και πολλά ιατρεία με ελεύθερη πρόσβαση σε όλο τον πληθυσμό. Επίσης, να βελτιώσουμε στο σύνολό της την ενημέρωση του κοινού και να βοηθήσουμε στην αλλαγή της νοοτροπίας.

Το δεύτερο που είναι ζωτικής σημασίας ως προς την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η εφαρμογή ενός προγράμματος screening, ενός προγράμματος πρώιμου ελέγχου. Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας έχουμε συντάξει μαζί με τους ακτινολόγους δυο φορές οδηγίες για το πώς πρέπει να γίνεται το screening. Καμία ευρωπαϊκή χώρα δεν έχει ουσιαστικά πρόγραμμα screening για τον καρκίνο του πνεύμονα σε όλη της την επικράτεια.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν καλά προγράμματα σε αρκετές χώρες. Στην Αγγλία π.χ. υπάρχουν κινητές μονάδες με πλήρη συστήματα αξονικής τομογραφίας χαμηλής δόσης. Μπορούν να μετακινηθούν έξω από σούπερ μάρκετ ή όπου υπάρχουν άτομα υψηλού κινδύνου, ώστε να μπορέσουν αυτά να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα screening, το οποίο πάντα συνδυάζεται με ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

Στη χώρα μας δεν έχουμε βάλει πρόγραμμα screening, αλλά από την άλλη μεριά κάνουμε πάρα πολλές αξονικές τομογραφίες, εύκολα και συχνά. Άρα, είναι πολύ σημαντικό να μπορέσουμε να το βάλουμε όλο αυτό σε ένα προτυποποιημένο σχέδιο, να διαλέξουμε κέντρα αναφοράς όπου θα υπάρχουν ακτινολόγοι και πνευμονολόγοι, για να μπορούμε να αποφασίσουμε ποιοι από τους συμμετέχοντες που έχουν ευρήματα χρειάζεται να προχωρήσουν σε περισσότερο έλεγχο ή να μείνουν απλώς σε παρακολούθηση. Βρισκόμαστε σε συζητήσεις με τον ΕΟΠΥΥ ώστε να

μπορέσουμε να καταρτίσουμε ένα τέτοιο σχέδιο που θα έχει πολύ μεγάλη σημασία για τη χώρα μας, όπου πάρα τον νόμο εξακολουθούμε να καπνίζουμε σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό.

Μετά από οποιοδήποτε πρόγραμμα screening ή οποιαδήποτε υποψία και συμπτώματα που θα δημιουργήσουν την αίσθηση ότι μπορεί να κρύβεται κάποιος καρκίνος του πνεύμονα, πρέπει να έχουμε άμεση πρόσβαση σε μονάδες όπου γίνεται διάγνωση. Ο σημαντικότερος τρόπος για να γίνει η διάγνωση σήμερα είναι η επεμβατική βρογχοσκόπηση και αν θέλουμε να κάνουμε διάγνωση και σταδιοποίηση μαζί τότε πρέπει να προχωρήσουμε σε βρογχοσκόπηση με υπερήχους.

Έχουμε τέτοια κέντρα. Σε εμάς, στο «Σωτηρία», γίνονται περισσότερες από 6.000 βρογχοσκοπήσεις τον χρόνο. Είναι πολύ σημαντικό να έχουμε τέτοια κέντρα σε όλη τη χώρα και βέβαια αυτό σημαίνει και γνώση από άποψη γιατρών, πνευμονολόγων και επεμβατικών ακτινολόγων αλλά και αρκετό αριθμό ασθενών, ώστε να υπάρχει εμπειρία και να μπορεί να γίνεται καλή δουλειά. Σε εμάς η διαγνωστικότητα είναι περίπου στο 95%, δηλ. μπορούμε να βάλουμε διάγνωση ακόμα και σε πολύ μικρές ή δυσπρόσιτες βλάβες. Αυτό είναι πολύ βασικό και έτσι πρέπει να είμαστε σε όλη τη χώρα, πρέπει δηλαδή να έχουμε ένα δίκτυο διαγνωστικών κέντρων με μεγάλο αριθμό ασθενών και εμπειρία ώστε να μπορούν να βάλουν διάγνωση. Τα διαγνωστικά αυτά κέντρα πρέπει να είναι συνδεδεμένα με ογκολογικά συμβούλια, που από κει και πέρα να έχουν τη δυνατότητα να προχωρήσουν τον ασθενή και να είναι σωστή η αντιμετώπισή του.

Αφού βάλουμε την ιστολογική διάγνωση του καρκίνου, κάποιες φορές δεν χρειάζεται να κάνουμε κάτι άλλο. Τις περισσότερες φορές όμως χρειάζεται να διεξαχθεί μοριακός έλεγχος. Και εδώ υπάρχει ένα τεράστιο θέμα ακόμα. Στη Γαλλία λειτουργεί εδώ και πολλά χρόνια ένα εθνικό δίκτυο μοριακού ελέγχου. Σε κάθε περιοχή υπάρχει ένα πιστοποιημένο νοσοκομείο που κάνει όλο το πάνελ των μοριακών δεικτών, υπάρχει σύνδεση και με όλες τις υπόλοιπες διαγνωστικές μονάδες, γίνονται όλα δωρεάν, αυτόματα και ο έλεγχος μπορεί να επαναληφθεί σε περίπτωση που ο ασθενής επανεμφανίσει νόσο μετά τη θεραπεία.

Χρειαζόμαστε κι εμείς ένα τέτοιο εθνικό δίκτυο από διαπιστευμένα κέντρα διάγνωσης. Είναι κάτι που θα θέλαμε πάρα πολύ να το δούμε. Ειδικά για τον πνεύμονα, η μοριακή διάγνωση έχει εξέχουσα σημασία. Αφού κάνουμε όλα αυτά, θα πρέπει να συζητήσουμε τη θεραπεία και να έχουμε πρόσβαση σε αυτήν. Στην Ελλάδα ευτυχώς υπάρχει πρόσβαση στα φάρμακα. Έχει γίνει μια πολύ καλή δουλειά, είναι όλα δωρεάν, χωρίς καθόλου συμμετοχή ακόμα και για τους ανασφάλιστους ασθενείς. Έχουμε πρόσβαση στα φάρμακα, υπάρχει βέβαια μια καθυστέρηση λόγω της ηλεκτρονικής προέγκρισης, που καμιά φορά αργεί, αλλά πρόσβαση υπάρχει.

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν προβλήματα. Ναι, έχουμε στοχευμένες και εξατομικευμένες θεραπείες, –να θυμίσω ότι η ανοσοθεραπεία μπήκε για ένα πολύ μικρό ποσοστό ασθενών και σήμερα φτάνει να μπαίνει ουσιαστικά βάση ενδείξεων στους περισσότερους ασθενείς– όμως δεν λειτουργούν όλα τα φάρμακα σε όλους τους ασθενείς κι αυτήν τη στιγμή δεν έχουμε κατάλληλους δείκτες για να ξέρουμε ποιος θα ανταποκριθεί.

Και αυτό έχει σημασία γιατί υπάρχουν ασθενείς που ξεκινούν φάρμακα στα οποία δεν ανταποκρίνονται, με αποτέλεσμα πολύ μεγάλη απογοήτευση για τους ίδιους και βέβαια χάσιμο χρόνου και παράλληλα ένα τεράστιο κόστος για την υγεία που μας αφορά όλους. Γιατί το κόστος που μπορεί να ξοδέψουμε σε ένα σύστημα υγείας για να είναι βιώσιμο το σύστημα είναι συγκεκριμένο. Μπορεί να αυξηθεί και αξίζει τον κόπο να αυξηθεί, όταν πραγματικά κερδίζουμε τη ζωή, όταν μπορούμε να κερδίσουμε χρόνο και ποιότητα ζωής. Όλα μπορούν να γίνουν μέχρι ενός ορισμένου σημείου και αξίζει τον κόπο να το κάνουμε, αλλά να έχουμε επίγνωση της κατάστασης. Έχει προχωρήσει η τεχνολογία πάρα πολύ, υπάρχουν τρόποι να δούμε την ανταπόκριση ακόμα και πριν δώσουμε φάρμακα, υπάρχουν π.χ. τα organoids μέσω των οποίων μπορούμε με πολύ μικρές ποσότητες φαρμάκων να δούμε ανταπόκριση. Δεν έχει μπει στην καθημερινή κλινική πράξη, αλλά υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα που μπορούν να γίνουν.

Αυτό που σήμερα θεωρούμε απαραίτητο είναι οπωσδήποτε να υπάρχουν ογκολογικά συμβούλια και εννών με όλες τις ειδικότητες των γιατρών και υγειονομικών, τους ψυχολόγους, τους ακτινολόγους, τους νοσηλευτές, όλους τους ενδιαφερόμενους. Μπορεί να γίνει ακόμα και σε μικρά μέρη, ακόμα και σε δευτεροβάθμια νοσοκομεία και σε σύνδεση τηλεϊατρική. Εμείς που είμαστε ένα μεγάλο νοσοκομείο κάνουμε ογκολογικό συμβούλιο, αλλά οι ακτινοθεραπευτές –γιατί δυστυχώς δεν έχουμε ακτινοθεραπευτικό τμήμα στο νοσοκομείο– είναι στον Άγιο Σάββα. Συνδεόμαστε κάθε Πέμπτη μέσω διαδικτύου και γίνονται όλα μια χαρά. Άρα, είναι πολύ σημαντική η ύπαρξη αυτής της διασύνδεσης. Χωρίς τη διασύνδεση όλων των ειδικοτήτων και όλη την ομάδα από την αρχή, δεν μπορούμε πραγματικά να λειτουργήσουμε.

Εκτός από τα φάρμακα, χρειαζόμαστε πρόσβαση σε ακτινοθεραπεία. Έχει γίνει ένα πολύ μεγάλο βήμα στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και μια πολύ μεγάλη δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος, όμως εξακολουθούμε να έχουμε μεγάλες καθυστερήσεις, καθώς κι ορισμένες θεραπείες που δεν γίνονται στον δημόσιο τομέα. Δεν έχει καμία σημασία αν δεν γίνονται όλα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, εγώ πιστεύω απόλυτα στη σύνδεση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, αλλά θα πρέπει να είναι όλα προτυποποιημένα και εύκολα προσβάσιμα στους ασθενείς.



Τέλος, χειρουργικές κλινικές έχουμε και μάλιστα καλές. Νομίζω ότι μπορούμε να προχωρήσουμε, αλλά χρειάζεται η συνεργασία όλων μας και η διαρκής διάθεση για βελτίωση σε ό,τι κάνουμε.

Ως προς την υποστηρικτική και την παρηγορητική θεραπεία, τα πράγματα έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Παρηγορητική θεραπεία θεωρούσαμε ότι πρέπει να παρέχεται στο τέλος. Σήμερα θεωρούμε ότι πρέπει να δίνεται από την πρώτη μέρα, γιατί οι ασθενείς από την πρώτη μέρα έχουν συμπτώματα. Από την πρώτη μέρα πιθανώς θα χρειαστούν ψυχολογική στήριξη, σύντομα θα χάσουν μαλλιά και θα χρειαστούν βοήθεια για να αντιμετωπίσουν τον καινούριο τους εαυτό. Μπορεί να έχουν πόνο, διάφορα προβλήματα, άρα η υποστηρικτική θεραπεία αρχίζει τη μέρα της διάγνωσης κι έχει σχέση με το πώς μπορεί να αντιμετωπίσει ο ασθενής τα νέα δεδομένα, με το πώς μπορεί να πορευτεί στη ζωή του. Έχει σημασία να ξεκινήσει από την αρχή, γιατί αλλιώς είναι κάτι που δείχνει και στον ίδιο ότι πλησιάζει στο τέλος, πρέπει να ξέρει από την αρχή ότι υπάρχει αυτή η υποστήριξη. Η υποστηρικτική θεραπεία είναι λοιπόν πρωταρχικής σημασίας από την πρώτη κιόλας μέρα της διάγνωσης.

Ως πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας είχα οργανώσει πριν από 2,5 χρόνια στην Αθήνα μια διάσκεψη κορυφής για τη φροντίδα του καρκίνου του πνεύμονα και είχε βασιστεί στο τι ήθελαν οι ασθενείς, δηλαδή αυτοί ξεκίνησαν πρώτοι να μας λένε την εμπειρία τους και τι θα ήθελαν από τη φροντίδα του καρκίνου. Ήταν παρούσα η τότε πρόεδρος του Lung Cancer Europe Stefania Vallone και πολλοί άλλοι ασθενείς που μοιράστηκαν τις εμπειρίες και τις προτιμήσεις τους.

Παράλληλα, υπήρχαν κλινικοί και ερευνητές από πάρα πολλά πανεπιστήμια, εκπρόσωποι του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων, εκπρόσωποι από ασφαλιστικούς οργανισμούς από τη φαρμακευτική βιομηχανία, από την εταιρεία υψηλής τεχνολογίας αξονικούς τομογράφους, καθώς επίσης είχαν προσκληθεί και πολιτικοί και άνθρωποι που εκπροσωπούν την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Το μεγάλο αίτημα της Stefania Vallone ήταν η εφαρμογή ενός προγράμματος screening για τον καρκίνο του πνεύμονα σε όλη την Ευρώπη. Είναι ζωτικής σημασίας η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, γιατί αν τον διαγνώσουμε έγκαιρα μπορούμε να έχουμε ίσα σε πάρα πολύ υψηλά ποσοστά που ξεπερνούν το 80%-90%, ενώ αν τον διαγνώσουμε σε στάδιο 3 και 4 δυστυχώς η επιβίωση είναι πάρα πολύ χαμηλή.

Από τη διάσκεψη αυτή σας φέρνω την ιστορία της Meryl Henning. Η Meryl μας είπε ότι στα 49 της χρόνια και ενώ είναι αθλήτρια που δεν έχει καπνίσει ποτέ βρέθηκε με έναν ανεγχείρητο καρκίνο του πνεύμονα, που ευτυχώς απαντά σε στοχευμένη θεραπεία. Έβαλε ανθρώπινο πρόσωπο στην αρρώστια: γιατί είναι εντελώς διαφορετικό να σκέφτεσαι τι προσφέρει και τι στοιχίζει η θεραπεία όταν δεν έχεις μπροστά σου κάποιον ασθενή και δεν ξέρεις πόσον καιρό μπορεί να επιβιώσει κι από την άλλη μεριά είναι τελείως διαφορετικό να έχεις τον ασθενή μπροστά σου και να σου διηγείται την εμπειρία του. Νομίζω ότι είναι κάτι που πρέπει να το ζούμε και να το βιώνουμε καθημερινά.

Εν κατακλείδι, σε έναν κόσμο που αλλάζει συνεχώς, στον οποίο έχουμε καινούρια φάρμακα, καινούργιες τεχνολογίες αλλά και καινούριες δυνατότητες, apps, συνδέσεις μέσω internet, καινούργιες ανάγκες για ποιότητα ζωής και θέλω του κάθε ασθενούς, το να μπορούμε να αλλάζουμε το σύστημα υγείας απαντώντας τόσο στην καινούργια πραγματικότητα γύρω μας όσο και στις ανάγκες των ασθενών είναι πάρα πολύ σημαντικό. Έτσι πρέπει να είναι το σύστημα υγείας: ευέλικτο και με δυνατότητες εξέλιξης.

Αυτό θέλουμε να κάνουμε ως ΚΕΣΥ, να μπορέσουμε να εξελίξουμε το σύστημα όλοι μαζί. Στο ΚΕΣΥ είμαστε όλοι, γιατροί, ερευνητές, ο ΕΟΦ, ο ΕΟΠΥΥ, αντιπρόσωποι ασθενών, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, είμαστε όλοι εκεί. Μπορούμε δε να συζητήσουμε όχι μόνο όλοι μαζί, αλλά και μαζί με τη βιομηχανία και τον ιδιωτικό τομέα και να προτείνουμε λύσεις καλές για όλους μας, λύσεις που κάνουν καλά τους ασθενείς μας και που τους δίνουν τη βεβαιότητα ότι είμαστε πάντα εκεί για αυτούς.



Δημήτριος Παπαγεωργίου

Νοσηλευτής, προϊστάμενος Ογκολογικής Κλινικής
Ευρωκλινική Αθηνών
Πρόεδρος Τ.Ν.Ο. ΕΣΝΕ
Επισκέπτης Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Αγαπτό προεδρείο, αγαπτες φίλες και αγαπτοί φίλοι,

Θα ήθελα να συγχαρώ και να ευχαριστήσω την οργανωτική και την επιστημονική επιτροπή του συνεδρίου για την πρόσκληση να συμμετάσχω σε αυτό το διαδικτυακό συνέδριο που ασχολείται με ένα τόσο καίριο θέμα όπως ο καρκίνος του πνεύμονα.

Οι σημαντικές επιστημονικές διαλέξεις που προηγήθηκαν αναδεικνύουν και παρουσιάζουν ένα φως που πλέον δεν είναι στο βάθος ενός τούνελ. Είναι το φως των νέων θεραπευτικών ουσιών, των κλινικών μελετών, της έγκαιρης διάγνωσης, των λεπτών χειρουργικών χειρισμών και των νέων τρόπων ακτινοβολήσης. Αυτό το φωτεινό μονοπάτι μάς οδηγεί στον πολυπόθητο στόχο, που είναι η εξατομικευμένη φροντίδα και η μετατροπή του καρκίνου του πνεύμονα από μια σοβαρή και απειλητική για τη ζωή ασθένεια, σε μια χρόνια κατάσταση. Τα επόμενα χρόνια, ο ογκολογικός ασθενής, όπως συμβαίνει σε αρκετές περιπτώσεις και τώρα θα μάθει να ζει με τον καρκίνο του, όπως για παράδειγμα ζει κάποιος με τον διαβήτη, την υπέρταση, τη σκλήρυνση κατά πλάκας κ.ο.κ.

Ένα άλλο σημαντικό κεφάλαιο και θέμα σε αυτό το συνέδριο είναι η ολιστική φροντίδα του ασθενούς. Ολιστική φροντίδα σημαίνει ότι η θεραπευτική ομάδα ενδιαφέρεται και μεριμνά και φροντίζει και περιθάλπει όχι μόνο το σώμα, αλλά και την ψυχή και το πνεύμα του ασθενούς. Αυτή η πολύπλευρη προσέγγιση του ανθρώπου προϋποθέτει χρόνο, εξειδίκευση, πολλά σε αριθμό άτομα, δομές και υποδομές. Στην Ελλάδα δυστυχώς πολλά από αυτά τα «προ-απαιτούμενα» βρίσκονται μόνο στη θεωρία ή ακόμα χειρότερα σε επίπεδο ιδεών.

Οι νοσηλευτές σε προπτυχιακό ακόμα επίπεδο εκπαιδεύονται σε έννοιες όπως φροντίδα, ολισμός, συνηγορία, ηθικές αξίες. Επιπρόσθετα, η φύση του επαγγέλματος είναι συνυφασμένη με τη φροντίδα, αποτελώντας ουσιαστικά τον πυρήνα της νοσηλευτικής, ασχέτως ειδικότητας, εξειδίκευσης, επαγγελματικού προσανατολισμού, σπουδών.

Όταν μιλάμε όμως για ογκολογικούς ασθενείς, η φροντίδα λαμβάνει έναν υπερθετικό βαθμό στον υπαρξιακό και επαγγελματικό ρόλο του νοσηλευτή, καθώς εδώ υπάρχει περισσότερη ανάγκη και ζήτηση. Εκεί που εμφανίζεται η ανάγκη, πρέπει να περισσεύει η αγάπη, το ενδιαφέρον, η συμπόνια, η συμπάθεια, η συνηγορία, η συναλληλία, η υποστήριξη και δεκάδες άλλες έννοιες που η πλούσια ελληνική γλώσσα μας προσφέρει, αλλά που όλες μπορούν να ενσωματωθούν, να περιγραφούν, να εννοηθούν μέσα από τη λέξη «φροντίδα».

Για να μπορέσει όλο αυτό όμως να γίνει πραγματικότητα απαιτεί επενδύσεις στον χώρο της Υγείας με περισσότερες προσλήψεις, με προγράμματα εξειδίκευσης και εκπαίδευσης, με δημιουργία ειδικών δομών, με συνεργασία ανάμεσα σε κράτος, ιδιωτικούς φορείς και συλλόγους ασθενών, με καινοτομίες στην έρευνα και σίγουρα με συλλογική διεπιστημονική συνεργασία.

Το μέλλον είναι σίγουρα φωτεινό και ελπιδοφόρο και απαιτεί από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς συνεχή προσπάθεια, ώστε οι ασθενείς με καρκίνο να φροντίζονται ολιστικά, σφαιρικά, διεπιστημονικά με προτεραιοποίηση και κάλυψη των πραγματικών αναγκών τους. Ο πρωταγωνιστής σε όλο αυτό το έργο είναι ο ασθενής, τον οποίον οφείλουμε να εντάξουμε μέσα σε αυτήν την αλυσίδα της φροντίδας, με παραίνεση να τη μετακινήσει σε εκείνη την κατεύθυνση που ο ίδιος επιθυμεί.



Καίτη Αποστολίδου

Πρόεδρος Δ.Σ.
Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.)
Μέλος Δ.Σ.
European Cancer Patient Coalition-ECPC

Περίπου 9.000 νέα κρούσματα καρκίνου του πνεύμονα καταγράφηκαν το 2020 στην Ελλάδα. Στην Ευρώπη έχουμε περίπου 500.000 περιστατικά ετησίως. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο θανάσιμος καρκίνος και παραμένει η κύρια αιτία θανάτων από καρκίνο παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας το 18% των συνολικών θανάτων από καρκίνο.

Στις κύριες αιτίες του καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνονται η χρήση προϊόντων καπνού και η έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες.

Ο ρόλος της πρωτογενούς πρόληψης που σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του πνεύμονα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν μπορεί να τονιστεί αρκετά. Ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη φτάνουν στο ογκολογικό νοσοκομείο σε αρκετά προχωρημένο στάδιο, είτε επειδή δεν είχαν συμπτώματα είτε επειδή τα εμμένοντα συμπτώματα είχαν υποτιμηθεί από τον ασθενή ή τον γιατρό του, ο οποίος δεν αναλογίσθηκε τι άλλο μπορεί να είναι αυτά τα συμπτώματα, παραπέμποντας τον ασθενή του, εφόσον τα συμπτώματα δεν υποχωρούν, για έλεγχο καρκίνου.

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα για ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα εξακολουθούν να παραμένουν ελάχιστα σε σύγκριση με άλλες μορφές καρκίνου. Ωστόσο, οι πρόσφατες σημαντικές εξελίξεις σε χειρουργικές τεχνικές, στην εξατομικευμένη ιατρική και την ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του πνεύμονα και πολλά υποσχόμενες, νέες στοχευμένες θεραπείες, έχουν ως αποτέλεσμα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα για ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

Ειδικότερα, η βελτιωμένη κατανόηση της μοριακής ποικιλομορφίας του καρκίνου του πνεύμονα έχει ανοίξει νέους δρόμους για τη θεραπεία του. Ως αποτέλεσμα, οι μοριακές και γονιδιωματικές εξετάσεις αποτελούν πλέον ένα σημαντικό μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας για τον καρκίνο του πνεύμονα, καθώς οι επιλογές θεραπείας προσαρμόζονται στο γενετικό προφίλ του καρκίνου κάθε ασθενούς.

Δυστυχώς, υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση των ασθενών σε γενετικούς και μοριακούς ελέγχους καθώς και σε καινοτόμους θεραπιές, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Αυτές οι ανισότητες προκαλούνται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι οι διαφορές στις κατευθυντήριες οδηγίες και στα πρωτόκολλα διάγνωσης και θεραπείας, οι καθυστερήσεις στην πρόσβαση σε φάρμακα, η μη έγκριση και αποζημίωση νεότερων βιοδεικτών, το υψηλό κόστος των νέων στοχευμένων θεραπιών και τα κατακερματισμένα συστήματα υγείας.

Οι νέες στοχευμένες θεραπιές προορίζονται να ανταποκριθούν σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όγκων, που προϋποθέτουν διαγνωστικές εξετάσεις με νεότερους βιοδείκτες. Η καθηγήτρια Άννα Μπατιστάτου μας ενημέρωσε νωρίτερα σήμερα ότι μόνο τέσσερις από αυτούς τους νεότερους βιοδείκτες έχουν εγκριθεί και αποζημιώνονται στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα ζούμε το παράδοξο της έγκρισης και της αποζημίωσης των νεότερων πολύ ακριβών θεραπιών, ακόμη και με μεγάλες καθυστερήσεις, χωρίς την έγκριση των σχετικών βιοδεικτών που θα έδειχναν ποιοι ασθενείς με καρκίνο θα ωφελούνταν περισσότερο από αυτές τις θεραπιές.

Αυτό οδηγεί σε μεγάλη οικονομική επιβάρυνση των ασθενών για τις διαγνωστικές εξετάσεις με τους νέους βιοδείκτες και σε σημαντικές διαφορές στον χρόνο πρόσβασης στα νεότερα φάρμακα, καθώς οι βιοδείκτες δεν αποζημιώνονται και η έγκριση νέων φαρμάκων καθυστερεί σημαντικά. Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να αντιμετωπίσουν αρκετά εμπόδια στην πρόσβασή τους στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου, εκτός από την πρόσβαση σε βιοδείκτες και θεραπιές, και αυτά περιλαμβάνουν:

- Έλλειψη πληροφοριών οι οποίες είναι απαραίτητες για τους νεοδιαγνωσμένους ασθενείς
- Ακριβή και έγκαιρη διάγνωση
- Πρόσβαση στην πιο ενδεδειγμένη θεραπευτική επιλογή σύμφωνα με το μοριακό και γονιδιωματικό προφίλ του όγκου του ασθενούς
- Καθυστερήσεις στην πρόσβαση σε ακτινοθεραπεία

- Έλλειψη μέτρων για την υποστήριξη των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο
- Υπηρεσίες «Φροντίδας καρκίνου στο σπίτι» και «Βοήθειας στο σπίτι»
- Ψηφιακές εφαρμογές υγείας αρχίζοντας από τον EHR- Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας μέχρι τις εφαρμογές που διευκολύνουν την πλοήγηση στο σύστημα δημόσιας υγείας
- Ελάχιστη διαθεσιμότητα παρηγορητικής φροντίδας
- Έλλειψη πολιτικών φιλοξενίας ασθενών που μεταβαίνουν για θεραπεία σε άλλη πόλη και φροντίδας τελικού σταδίου (End of Life – EOL)

Τα προηγούμενα σημαίνουν ότι ο ασθενής με καρκίνο του πνεύμονα και η οικογένειά του πρέπει να αγωνίζονται μόνοι τους, να ξοδεύουν πολλά από τα χρήματά τους, οι φροντιστές πρέπει να αφήσουν τη δουλειά τους για να φροντίσουν τους αγαπημένους τους. Οι οργανώσεις ασθενών προσφέρουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη στα μέλη τους, αλλά αυτό δεν μπορεί να αντικαταστήσει την έλλειψη ενός οργανωμένου συστήματος υποστήριξης για τον καρκίνο στη δημόσια υγεία.

Όλοι οι Έλληνες υπουργοί Υγείας τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια έχουν μιλήσει για την κεντρική θέση που κατέχουν οι ασθενείς στο σύστημα υγείας, αλλά η δήλωση αυτή εξακολουθεί να παραμένει μια κενή λέξη, καθώς οι ασθενείς δεν συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την πολιτική για τον καρκίνο. Πολλά από τα προβλήματα κατακερματισμού του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά τον καρκίνο προκύπτουν από την έλλειψη συνεκτικής εθνικής πολιτικής για τον καρκίνο.

Η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.), της οποίας έχω την τιμή να είμαι πρόεδρος, έχει ως βασικούς στόχους την άμεση έναρξη:

- ενός σύγχρονου Εθνικού Σχεδίου για τον Έλεγχο του Καρκίνου, με ξεχωριστά κεφάλαια αφιερωμένα στα πέντε συνηθέστερα είδη καρκίνου, καθώς και κεφάλαια για τους σπάνιους και παιδιατρικούς καρκίνους
- ενός πληθυσμιακού Εθνικού Μητρώου Καρκίνου και
- την έναρξη λειτουργίας του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου που ιδρύθηκε με νόμο τον Μάρτιο του 2019

Το ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου και η «Αποστολή για τον Καρκίνο» του προγράμματος «Ορίζων Ευρώπη» για την έρευνα και την καινοτομία στον καρκίνο αποτελούν μια μοναδική ευκαιρία για τη βελτίωση της πολιτικής για τον καρκίνο, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο.

Έχοντας συμμετάσχει ενεργά σε όλες τις κοινές δράσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τον καρκίνο και στην προετοιμασία του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου και της «Αποστολής για τον Καρκίνο» τα προηγούμενα χρόνια ως αντιπρόεδρος και πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Συμμαχίας Ασθενών με Καρκίνο (ECPC), μπορώ να σας διαβεβαιώσω ότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εργάζεται επιμελώς για την κατάρτιση ενός σχεδίου για τον καρκίνο με επίκεντρο τον ασθενή.

Η Ελλάδα και όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ έχουν τώρα τη μοναδική δυνατότητα να επανεξετάσουν και να εκσυγχρονίσουν τις πολιτικές τους για τον καρκίνο, χρησιμοποιώντας τα εργαλεία και τις συστάσεις πολιτικής των κοινών δράσεων για τον καρκίνο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής εφαρμόζοντας τις δράσεις και τις συστάσεις του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου.

Επιπλέον, μπορούν να συμμετάσχουν στις δράσεις της Αποστολής για τον Καρκίνο που συμπληρώνει το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου στην έρευνα και την καινοτομία και να επικεντρώσουν περισσότερο τις πολιτικές τους για τον καρκίνο στον ασθενή, στην τεχνολογία και τα ψηφιακά δίκτυα υγείας.



Ζωή Γραμματόγλου

Πρόεδρος
Σύλλογος Καρκινοπαθών
Εθελοντών Φίλων Ιατρών
Κ.Ε.Φ.Ι. Αθηνών

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς καρκίνους και στα δύο φύλα. Όταν ένα άτομο έρχεται αντιμέτωπο με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί για να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για τη ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άρνηση, μαχητικότητα, στωική αποδοχή, αποδοχή με συνοδό άγχος-θλίψη, απελπισία. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ.

Τα άτομα με καρκίνο του πνεύμονα έρχονται αντιμέτωπα με μια ασθένεια που πιθανόν να προκαλέσει τον θάνατό τους. Αρκετοί άνθρωποι που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία συχνά αισθάνονται αδυναμία διεκπεραίωσης ή εκπλήρωσης βασικών αναγκών της καθημερινής ζωής, παρατηρούν δυσκολία διατήρησης συνηθειών που είχαν πριν την εμφάνιση της νόσου, αναφέρουν συνολική υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους, με μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας και επηρεασμένο γνωστικό επίπεδο. Όλα αυτά δικαίως, καθώς κανένας άνθρωπος δεν είναι πια ο ίδιος βγαίνοντας από την περιπέτεια της θεραπείας. Αυτό όμως έχει ως αποτέλεσμα ναιώθουν ότι έχουν χάσει τον εαυτό τους ή τον έλεγχο του σώματός τους.

Η υποστήριξη των ασθενών από την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον έρχεται να βάλει τις βάσεις για την καθημερινή μάχη που δίνει είτε βρίσκεται στο νοσοκομείο νοσηλευόμενος είτε στο σπίτι. Η αντίληψη από τον άνθρωπο ότι του παρέχεται υψηλού βαθμού υποστήριξη από το περιβάλλον του φαίνεται να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή του και μειώνει τη δυσφορία του.

Παρά τη σοβαρότητα του νοσήματος, η εκτεταμένη έρευνα των τελευταίων ετών όσον αφορά τη θεραπεία και την πρόληψη, έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της επιβίωσης χωρίς υποτροπή αλλά και της συνολικής επιβίωσης. Νέα φάρμακα έχουν έρθει στο προσκήνιο και οι ελπίδες για ολοκληρωτική επικράτηση κατά της νόσου έχουν πολλαπλασιαστεί.

Είναι καίριο να γίνει αντιληπτό ότι στην εποχή μας ο καρκίνος του πνεύμονα αλλά και αρκετά άλλα νεοπλασμάτα αποτελούν πλέον χρόνια νοσήματα και οι προσβαλλόμενοι οφείλουν να εξοικειωθούν με αυτήν την ιδέα, ακριβώς όπως εξοικειώνονται με τη νόσο τους οι διαβητικοί, οι υπέρταστικοί, οι καρδιοπαθείς κ.ο.κ. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να κατορθώσει κανείς να διατηρήσει τον συνηθισμένο ρυθμό της ζωής του στον βαθμό του εφικτού. Ενδεχομένως να μην μπορεί να προγραμματίσει τον χρόνο του όπως θα ήθελε, τις δραστηριότητές του, τις συνθήκες του ή να κάνει τα ίδια όνειρα για το μέλλον, όπως εάν δεν είχε νοσήσει. Ίσως όμως και να μπορεί. Αυτό που πρέπει να γίνει συνείδηση είναι ότι η μάχη με τον καρκίνο είναι συλλογική προσπάθεια, μια ευθύνη που τη μοιράζεται ο ασθενής με την οικογένειά του και με τον γιατρό. Μια αμφίδρομη σχέση εμπιστοσύνης, που στόχο έχει την επικράτηση της ζωής.

Είναι πλέον ξεκάθαρο στις μέρες μας ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται τον θάνατο, εκτός και αν ο ασθενής εγκαταλείψει τον εαυτό του και χάσει τη θέληση να παλέψει. Αν σκοπεύει να θεραπευτεί ή να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της νόσου ή απλώς ενδιαφέρεται να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, σε κάθε περίπτωση πρέπει να υιοθετήσει μια μαχητική στάση απέναντι στη ζωή και να κατανοήσει ότι μπορεί να μάθει να ζει με τον καρκίνο του, γιατί τα δεδομένα σήμερα επιτρέπουν, αν δεν επιβάλλουν, αισιοδοξία.

Εμείς γνωρίζουμε πολύ καλά τι σημαίνει η λέξη «καραντίνα». Δεν ήταν άγνωστη για εμάς όταν πρωτοεμφανίστηκε ο κορωνοϊός. Κάποιοι ίσως ξαναθυμηθήκαμε τις εντολές του ογκολόγου μας: «Μην βγαίνεις έξω όταν έχει κρύο, να αποφεύγεις τις συναντήσεις, όχι επαφές με πολύ κόσμο, να προσέχεις μην κολλήσεις καμιά ίωση».

Είναι φανερό ότι η πανδημία έχει διαβρώσει όλο το σύστημα φροντίδας του καρκίνου, κάτι που σημαίνει καθυστερήσεις από την πρώτη διάγνωση μέχρι τη θεραπεία και τον επανέλεγχο. Συμπεριφέρεται το σύστημα υγείας σαν να ήρθε ο κορωνοϊός και σταμάτησαν οι άνθρωποι να νοσούν από καρκίνο. Δεν πρέπει να υποτιμηθεί ο κίνδυνος διεύρυνσης των ανισοτήτων αναφορικά με τη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου, καθώς η αυξημένη ανεργία και η εισοδηματική ανισότητα οδηγούν στρατιές ολόκληρες ασθενών με καρκίνο πρακτικά εκτός συστήματος, αντιμέτωπους με τη νόσο και με την αδυσώπητη απώλεια χρόνου.

Οι προεκτάσεις των συνεπειών που έχει φέρει ο νέος κορωνοϊός σε όλες τις πτυχές της ζωής του ανθρώπου, πόσω μάλλον όταν αυτές βρίσκουν απέναντί τους έναν ήδη εξουθενωμένο άνθρωπο, είναι ακόμη άγνωστες. Οι τεράστιες δυνατότητες που έχει προσφέρει η τεχνολογία στις μέρες της πανδημίας, φαίνεται πως στην κατεύθυνση της

υγειονομικής περίθαλψης ίσως δεν είναι αρκετές. Οι καταστροφικές επιπτώσεις που έχει επιφέρει η πανδημία στον καρκίνο παραμένουν. Οι προληπτικοί έλεγχοι έχουν μπει σε αναστολή, οι θεραπείες δεν είναι αυτές που είχαν αρχικά αποφασιστεί –αντί χειρουργείο, συντηρητική αντιμετώπιση, η διάγνωση δεν είναι στην ώρα που θα έπρεπε. Σε αντιστάθμισμα όλων αυτών, ο Σύλλογος δημιουργεί τα κατάλληλα εργαλεία ώστε να αποτελεί αρωγό βοήθειας σε όλο το ταξίδι του ασθενούς μέσα στη νόσο του καρκίνου. Σε ποσοστό 80% οι ασθενείς αιμορραγούν οικονομικά χωρίς να γνωρίζουν τον τρόπο να αντεπεξέλθουν. Οι περισσότεροι δυσκολεύονται στο εργασιακό τους περιβάλλον σε τέτοιο επίπεδο, ώστε αναγκάζονται να αποχωρήσουν και να απομονωθούν, ενώ για άλλους η επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο φαντάζει αδύνατη.

Ανύπαρκτη ανακουφιστική φροντίδα

Η παρηγορητική-ανακουφιστική φροντίδα, που σήμερα εντάσσεται πλέον οργανικά στην ολοκληρωμένη ογκολογική περίθαλψη ήδη από τη διάγνωση, στη χώρα μας θεωρείται πολυτέλεια. Ασθενείς με απειλητική για τη ζωή τους διάγνωση, ασθενείς τελικού σταδίου, στην πραγματικότητα δεν έχουν καμία ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή και απορρίπτονται από τα νοσοκομεία. Ιδιαίτερα για τους ασθενείς τελικού σταδίου, τα νοσοκομεία μη έχοντας τη δυνατότητα παροχής περαιτέρω φροντίδας, υποχρεώνουν τους συγγενείς να παραλάβουν τον ασθενή και να συνεχίσουν στο σπίτι τη νοσηλεία του. Αυτό δημιουργεί πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς και στις οικογένειες, καθώς δεν υπάρχει η γνώση παροχής των αναγκαίων νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι από τους οικείους, αλλά και είναι μία απίστευτα επώδυνη ψυχική διαδικασία. Είναι άμεση ανάγκη η δημιουργία δομών ανακουφιστικής φροντίδας το συντομότερο δυνατόν.

Αντί για αυτήν τη συμπαράσταση που θα τιμούσε τον άνθρωπο στις τελευταίες του στιγμές, αντί να βοηθήσουμε την οικογένεια στη φροντίδα του ασθενούς χωρίς να τον απομακρύνουμε από την εστία του, αντί να τους προετοιμάσουμε για να αποχαιρετήσουν τους ανθρώπους τους, πράγματα που θα στοίχιζαν σαφώς λιγότερα χρήματα στο σύστημα.

Δυστυχώς, η θλιβερή πραγματικότητα για τον τόπο μας είναι ότι δεν έχουμε ένα σωστό Εθνικό Αρχείο Καρκίνου που να επιτρέπει σωστή αξιολόγηση των δράσεων. Τα βασικά στοιχεία για την ολοκληρωμένη παρακολούθηση του προβλήματος του καρκίνου σε μια χώρα, απαραίτητα για την αξιολόγηση της παροχής υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητας αυτής, είναι οι δείκτες συχνότητας της ασθένειας συγκριτικά με τους δείκτες θνησιμότητας αλλά και τα μετρήσιμα χρόνια υγιούς ζωής. Το ζήτημα είναι πως δεν μπορεί να υπάρξει αξιολόγηση-παρακολούθηση υπηρεσιών χωρίς στατιστικά δεδομένα. Αυτό ακριβώς που ονομάζεται ποιοτική αξιολόγηση υπηρεσιών. Πώς όμως θα εφαρμοστεί μια Εθνική Στρατηγική για τον Καρκίνο η οποία θα καλύπτει όλο το φάσμα, από την πρόληψη μέχρι την ανακουφιστική φροντίδα, όταν αγνοούμε ποιο είναι το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος;

Ο καρκίνος είναι ένα δύσκολο και επίπονο μονοπάτι. Ο ασθενής με καρκίνο, παρόλη την αγάπη των δικών του ανθρώπων και τη βοήθεια από την ιατρική κοινότητα, πρέπει να το διαβεί μόνος του, διατηρώντας ψηλά το ηθικό του και αντιμετωπίζοντας αποτελεσματικά τις καθημερινές σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειάς του.



Κορίνα Μπελ-Πατέλη

Πρόεδρος
FairLife

Φροντίδα και Πρόληψη για τον Καρκίνο του Πνεύμονα

Η FairLife γεννήθηκε για να καλύψει ένα κενό: της ανυπαρξίας ενός φορέα που ασχολείται αποκλειστικά με τον καρκίνο του πνεύμονα. Σπόρος για να καρποφορήσει αυτή η προσπάθεια ήταν το προσωπικό μου βίωμα με τον Simon.

Ο καρκίνος του Simon δυστυχώς δεν ανταποκρίθηκε σε καμία θεραπεία και η πρόταση των ειδικών από κάθε γωνιά της γης ήταν να λάβει μια νέα καινοτόμο θεραπεία, μέσω κλινικής μελέτης και αυτό θα ήταν ίσως η μοναδική δυνατότητα να ζήσει περισσότερο και να αλλάξει την πορεία της νόσου.

Ο μαραθώνιός μας να πάρει το φάρμακο δεν κατέληξε κάπου, η κλινική μελέτη δεν έτρεχε στην Ελλάδα, στην Ευρώπη είχε κλείσει στα κέντρα που έτρεχε και δεν καταφέραμε να ταξιδέψουμε στην Αμερική λόγω της πανδημίας.

Στην πορεία αυτή διαπιστώσαμε ότι καινοτόμα φάρμακα, ενώ βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο κλινικών δοκιμών στο εξωτερικό, παραμένουν απροσπέλαστα για ασθενείς στην Ελλάδα, τόσο διότι ελάχιστες κλινικές μελέτες διενεργούνται στη χώρα μας, όσο και λόγω γραφειοκρατίας και του νομοθετικού πλαισίου, που αποκλείει την εναλλακτική δυνατότητα πρώιμης πρόσβασης σε φάρμακα που μπορεί να είναι η μοναδική λύση για τον ασθενή.

Ο Simon έφυγε από τη ζωή τον Αύγουστο του 2020 και αυτό το βίωμα μάς έδωσε την ώθηση για τη δημιουργία της FL.

Η FL έχει σκοπό να αποτελέσει τη φωνή των ασθενών με ΚΠ και να λειτουργήσει καταλυτικά ώστε να έλθουν κοντά όλοι οι φορείς με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση αυτής της νόσου που προκαλεί την πρώτη αιτία θανάτου από κακοήθεια, επηρεάζοντας χιλιάδες οικογένειες καθημερινά.

Όπως περιέγραψε και το report του The Economist Intelligence Unit, αλλά και συζητήθηκε αναλυτικά από το πρώι, υπάρχουν πολλά σημεία τα οποία χρήζουν βελτίωσης στη χώρα μας. Η έλλειψη ενός οργανωμένου φορέα αποκλειστικά για τον ΚΠ που να συμμετέχει στις συζητήσεις και τις αποφάσεις για την αντιμετώπιση της νόσου στη χώρα μας είναι ένα από τα σημεία που εντόπισε η έρευνα. Ελπίζουμε ότι η ίδρυση αυτού του φορέα αποτελεί πράγματι ένα βήμα και θέλω να πιστεύω ότι και η πολιτεία από την πλευρά της θα αρχίσει να αφουγκράζεται τη φωνή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Από την πλευρά μας δεσμευόμαστε ότι θα προσπαθήσουμε να παλεύουμε για τις αλλαγές που θα συμβάλουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Με χαρά είδα ότι από τους κύριους στόχους που θέσαμε ως προτεραιότητες από την αρχή ήταν αντικείμενα της θεματολογίας της σημερινής ημερίδας – και σημεία που έχουν εντοπιστεί ότι χρήζουν άμεσες δράσης.

Το πρώτο είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος με την αξονική χαμηλής ακτινοβολίας σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο. Μια διαγνωστική εξέταση που, όπως συζητήθηκε, μπορεί να αυξήσει τη διάγνωση σε πρωιμότερα και όχι προχωρημένα στάδια καρκίνου του πνεύμονα και να αυξήσει την επιβίωση των ασθενών. Ευελπιστούμε πως η αποζημίωση της συγκεκριμένης εξέτασης θα μπορέσει να μπει στον σχεδιασμό και τις προτεραιότητες του Υπουργείου.

Το δεύτερο αφορά την ανάλυση των βιοδεικτών στον καρκίνο του πνεύμονα. Η αξία των βιοδεικτών αναλύθηκε εκτενώς από τους ειδικούς και είναι αδιαμφισβήτητη για το όφελος που έχουν για τους ασθενείς, προκειμένου να τους χορηγηθεί μια εξατομικευμένη θεραπεία. Το να χορηγούνται δωρεάν φάρμακα που να βασίζονται σε συγκεκριμένους βιοδείκτες, αλλά οι βιοδείκτες αυτοί να μην αποζημιώνονται δεν συμβαδίζει με κοινή λογική, περιορίζοντας αυτόματα τη χρήση τους σε όσους μπορούν οικονομικά να αντεπεξέλθουν. Η αποζημίωση όλων των απαραίτητων βιοδεικτών είναι απαραίτητη και θα πρέπει να ξεκινήσει μια συζήτηση σε συνεργασία με την ΕΟΠΕ και το Υπουργείο για το πώς θα μπορέσει να γίνει αυτό. Π.χ. η αποζημίωση του NGS είναι μια λύση, η οποία μπορεί να είναι οικονομικά επωφελής για τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς.

Αναφορικά με τις κλινικές μελέτες θα ήθελα να πω ότι ναι μεν τα τελευταία χρόνια γίνονται σημαντικά νομοθετικά βήματα στο να επιταχυνθούν οι διαδικασίες έγκρισης και γενικότερα να διαμορφωθεί ένα πιο φιλικό περιβάλλον για την προσέλκυση κλινικών μελετών στην Ελλάδα, παρόλα αυτά, υπάρχει πολύς ακόμα δρόμος, καθώς η χώρα μας παραμένει αρκετά πίσω στον αριθμό των κλινικών μελετών.

Επί του παρόντος, θα περιοριστώ σε αυτές τις πολύ σημαντικές προτεραιότητες. Θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας τη δέσμευσή μας να συνεργαστούμε με άλλους συλλόγους, τις επιστημονικές εταιρείες και τους αρμόδιους φορείς

προκειμένου να συνεισφέρουμε με προτάσεις, να αποτελέσουμε στις συζητήσεις τη φωνή των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Ο στόχος μας παραμένει ένας: Θα προσπαθήσουμε με τα μέσα που διαθέτουμε να στηρίξουμε τις προσπάθειες να μειωθεί ο αριθμός των ανθρώπων που θα χάσουν τη μάχη με τον ΚΠ.

Αυτή είναι η υπόσχεση που έδωσα στον σύζυγό μου. Στον Σάιμον μπορεί να μη δόθηκε η ευκαιρία να τα καταφέρει, αλλά ελπίζω πολλοί άλλοι να τα καταφέρουν.



Εύn Χατζηανδρέου

Ειδική σε θέματα δημόσιας υγείας
Αντιπρόεδρος
FairLife Lung Cancer Care

Ήταν η απώλεια του Simon η οποία έδωσε το ερέθισμα στην Κορίνα Μπελ-Πατέλη της ίδρυσης και της άοκνης προσπάθειάς της για προσφορά. Η οργάνωσή μας, η FairLife Lung Cancer Care, δραστηριοποιείται εδώ και πέντε μήνες περίπου και είμαστε όλοι πολύ αποφασισμένοι και δεσμευμένοι στο κοινό μας όραμα. Η αρχική ανταπόκριση που έχουμε λάβει μας έχει ενδυναμώσει και ενθαρρύνει πολύ.

Όταν ήμουν φοιτήτρια στην ιατρική, δεν υπήρχε αντιμετώπιση για τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Το να είσαι ασθενής με καρκίνο του πνεύμονα αποτελούσε θανατική καταδίκη. Και δεν υπήρχαν και ενώσεις ασθενών. Σήμερα λοιπόν είμαστε ευγνώμονες για την υποστήριξη που λαμβάνουμε από άλλες ενώσεις ασθενών, οι οποίες μας υποστηρίζουν σε αυτά τα πρώτα βήματα. Έχουμε αναλάβει μια δέσμευση, να κάνουμε τη διαφορά. Δεν θα σταματήσουμε να πολεμούμε μαζί με αυτούς που έχουν τον ίδιο στόχο με εμάς.

Όλες οι τεχνολογίες που συναπαρτίζουν την 4η Βιομηχανική Επανάσταση σε ό,τι αφορά την υγεία υποστηρίζουν την ασθενοκεντρική θεραπεία. Ο ανθρωποκεντρισμός έρχεται και πάλι στο κέντρο, διότι πλέον η τεχνολογία μας το επιτρέπει, για να μην πω επιβάλλει. Συνεπώς, οι ασθενείς βρίσκονται στο επίκεντρο αυτής της διαδικασίας και δεν είναι απλά οι περαστικοί στην πορεία αυτής της ασθένειας. Αυτό θα κάνει τη διαφορά σε όλα τα επίπεδα. Είμαι απολύτως πεπεισμένη για αυτό.

Η συνολική φροντίδα στους καρκινοπαθείς, δυστυχώς χωλαίνει. Και δεν είναι μόνο ελληνικό πρόβλημα. Υπάρχει σε όλες τις χώρες και καταγράφεται σε χώρες που μετρούν με τους αντίστοιχους δείκτες, είναι μια πραγματικότητα. Αλλά για να δούμε ποιο είναι το ελληνικό πρόβλημα, επιπλέον των όσων έχουν τώρα περιγραφεί, προσωπική μου πεποίθηση αποτελεί –μια που έχω δει και τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα– πως δεν είναι τόσο ζήτημα χρημάτων. Είναι ζήτημα οργάνωσης, θεσμών και συστημάτων. Αν όλα αυτά υπάρχουν, τότε μπορούμε να βρούμε πόρους, μπορούμε να κάνουμε το σύστημα να λειτουργήσει, μπορούμε να ανακατανείμουμε τους προϋπολογισμούς μας. Χρειαζόμαστε όμως το θεσμικό πλαίσιο. Εμείς ως οργανισμοί που στηρίζουμε τους ασθενείς θα πρέπει να πιέσουμε να υπάρχουν αυτές οι θεσμικές ρυθμίσεις. Την απογοήτευση που ακούω από την Καίτη Αποστολίδου και τη Ζωή Γραμματόγλου τη συμμερίζομαι απολύτως, αλλά πρέπει επίσης να πω ότι αυτή η στιγμή είναι και η ευκαιρία να δούμε την άλλη πλευρά του νομίσματος. Ίσως αυτή είναι η στιγμή να δράσουμε.

Ός γιατρός μπορώ επίσης να πω ότι νιώθω φρίκη που δεν έχουμε ακόμα δομές για ασθενείς τελικού σταδίου, hospice στην Ελλάδα. Αληθινά είναι απαράδεκτο με τόσες υπολειτουργούσες μικρές νοσοκομειακές δομές π.χ. Ας σπκώσουμε λοιπόν τα μανίκια κι ας δούμε τι μπορούμε να κάνουμε μόνοι μας.

Τέλος, θα ήθελα να πω ότι η έκθεση του The Economist Intelligence Unit ήταν πολύ επίκαιρη και ότι η στιγμή που δημοσιεύθηκε ήταν η κατάλληλη. Θα συνεχίσουμε τις προσπάθειές μας ασταμάτητα, γιατί υπάρχουν τόσο πολλά πράγματα που πρέπει να γίνουν και θα συμβάλουμε στον βαθμό που μπορούμε σε αυτό το όραμα που ο κ. Μπουκοβίνας μας μετέφερε πιο πριν. Σε αυτό το όραμα θα παίξουμε κι εμείς τον δικό μας ρόλο. Θέλω να ευχαριστήσω για την εξαιρετική αναφορά του EIU, που για εμάς είναι «Βίβλος» –να το πω έτσι– για όσα θα ακολουθήσουν. Θα χρησιμοποιήσουμε και θα αξιοποιήσουμε κάθε σελίδα της αναφοράς αυτής.

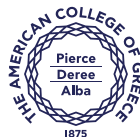
Υπό την αιγίδα της:



Με την υποστήριξη της:



Academic partner:



Telecommunications provider:



Logistics supplier:



Official airline carrier:



IT sponsor:



Communication sponsor:



Supporter:



Hazlis & Rivas: Official and exclusive representative of The Economist Events for Greece, Cyprus, Malta and south-east Europe
43 Poseidonos Ave., 174 55, Alimos, Athens, Tel.: (+30) 210 94 08 750, Fax: (+30) 210 94 08 753, E-mail: info@hazliseconomist.com

www.hazliseconomist.com | www.lungcancer.economist.com