

Η ατζέντα της Ελλάδας για την καταπολέμηση του καρκίνου στον μετα-covid κόσμο

17 Μαρτίου 2022 | Αθήνα

www.hazliseconomist.com

www.cancersummit.economist.com



Υπό την αιγίδα της



HELLENIC
SOCIETY OF
MEDICAL
ONCOLOGY

Με την υποστήριξη της



MSD
INVENTING FOR LIFE



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

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

www.hazliseconomist.com

LinkedIn: Economist Impact SE Europe Events

YouTube: Economist Impact SE Europe Events

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

©2022 Hazlis & Rivas Communications Limited, επίσημη αντιπρόσωπος των Εκδηλώσεων του Economist Impact για την Ελλάδα, την Κύπρο, τη Μάλτα και τη Νοτιοανατολική Ευρώπη. Όλα τα δικαιώματα προστατεύονται σύμφωνα με τον ν. 2121/1993 για την Πνευματική Ιδιοκτησία, ως ισχύει κάθε φορά και δη ως και τον ν. 4829/2021. Απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου, είτε σε ολόκληρή την έκδοσή του είτε και σε οποιοδήποτε τμήμα αυτής, η αποθήκευσή του σε βάση δεδομένων, η αναμετάδοσή του σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, με κάθε μέσο, ηλεκτρονικό, μηχανικό, φωτοτυπία, ηχογραφημένο ή αλλιώς, καθώς και η φωτοανατύπωσή του με οποιοδήποτε τρόπο, χωρίς την προηγούμενη άδεια της Hazlis & Rivas.

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΩΝ

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



ECONOMIST IMPACT EVENTS

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

Τα Economist Impact Events διοργανώνονται σε περισσότερες από 50 χώρες. Ως μέλος του Economist Group, τα συνέδρια ακολουθούν τις ανεξάρτητες αρχές του και συμμερίζονται τη δέσμευση του ομίλου για ενημερωμένα, αμερόληπτα και έγκυρα συζητήματα.

events.economist.com

HAZLIS & RIVAS

ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ, ECONOMIST IMPACT EVENTS SE EUROPE
EXCLUSIVE LICENSEE, THE ECONOMIST - «Ο ΚΟΣΜΟΣ ΤΟ 2022»
ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΥΠΡΟΥ

Η Hazlis & Rivas είναι ο επίσημος εκπρόσωπος των Economist Impact Events και διοργανώνει τα τελευταία 28 χρόνια συνέδρια διεθνούς κύρους και παγκόσμιας εμβέλειας, εστιάζοντας στην ατζέντα της Ν.Α. Ευρώπης –και όχι μόνο– στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, τα Χανιά, τη Λευκωσία, τη Νέα Υόρκη, το Λονδίνο, το Βερολίνο, τη Φρανκφούρτη, το Βουκουρέστι, τα Σκόπια, τη Σόφια και τη Βαλέτα. Τα συνέδρια μεταδίδονται και διαδικτυακά με πλήθος συμμετεχόντων από πολλές χώρες.

Επίσης, μεταφράζει, επιμελείται και εκδίδει στα Ελληνικά κατά αποκλειστικότητα την ειδική ετήσια έκδοση αναλύσεων και προβλέψεων του *The Economist* “The World Ahead”. Η έκδοση μετρά ήδη 10 χρόνια κυκλοφορίας στην Ελλάδα και την Κύπρο με επιπρόσθετα αφιερωμένες ειδικές ενότητες, ενώ στις σελίδες της φιλοξενούνται –μεταξύ άλλων– άρθρα και αναλύσεις πρωθυπουργών, υπουργών, οικονομολόγων, διεθνολόγων, επιχειρηματιών, ακαδημαϊκών, γιατρών, ψυχολόγων, λογοτεχνών, ιστορικών τέχνης, πθοποιών, σεφ κ.ά.

hazliseconomist.com

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (ΕΟΠΕ)

Η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) αποτελεί μη κερδοσκοπικό επιστημονικό σωματείο με σκοπό την προώθηση του γνωστικού αντικείμενου της Κλινικής Ογκολογίας στην Ελλάδα και την ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών που αφορούν την κλινική έρευνα, την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Η ΕΟΠΕ ιδρύθηκε το 1985 και αποτελείται από 407 μέλη, επιστήμονες της Ελλάδας και του εξωτερικού που αντιπροσωπεύουν το ιατρικό δυναμικό της χώρας μας στην Παθολογική Ογκολογία. Για την καλύτερη υποστήριξη των νέων ογκολόγων, το 2005 η ΕΟΠΕ δημιούργησε την Ομάδα Νέων Ελλήνων Ογκολόγων (ΟΝΕΟ), η οποία απαριθμεί σήμερα 226 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 27 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 μία ισχυρή παρουσία στο διαδίκτυο με τον δικό της ιστότοπο (www.hesmo.gr), το ενημερωτικό ηλεκτρονικό περιοδικό Νέα Ογκολογίας (www.neaeope.gr), τα κοινωνικά δίκτυα (Facebook, LinkedIn, Instagram, Twitter κ.ά.) και το επιστημονικό ηλεκτρονικό περιοδικό *Forum of Clinical Oncology* (<https://sciendo.com/journal/FCO>).

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



MSD

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

Η MSD στην Ελλάδα

Από το 2010, η MSD κάνει πράξη το όραμά της στην Ελλάδα, να σώζει και να βελτιώνει τις ζωές των ανθρώπων, ανακαλύπτοντας θεραπείες στους τομείς της ογκολογίας, της ηπατίτιδας, της ανοσολογίας, του διαβήτη και της καρδιολογίας, δεσμευόμενη μέσα από το έργο της να ωφελεί τους ασθενείς και να προασπίζει τη δημόσια υγεία.

Σήμερα, η MSD απασχολεί πάνω από 180 εργαζομένους παρέχοντας ένα από τα καλύτερα εργασιακά περιβάλλοντα στην Ελλάδα με την πιστοποίηση του Great Place to Work. Μοιράζεται με τους ανθρώπους της το όραμα για τη βελτίωση της ζωής των ανθρώπων και καλλιεργεί διαρκώς τη συνεργασία, την ενδυνάμωση μεταξύ των ομάδων, την εμπιστοσύνη, την ακεραιότητα και τη διαρκή εξέλιξη και μάθηση. Με πυξίδα της μια υγιέστερη και καλύτερη κοινωνία, το 2019 εγκαινιάστηκε το πρόγραμμα Εταιρικής Υπευθυνότητας “Life Matters”, το οποίο, ανταποκρινόμενο στις προσδοκίες της κοινωνίας, θέτει ως προτεραιότητα την καθημερινή ενίσχυση της πρόσβασης ασθενών σε θεραπείες, τη βιώσιμη ανάπτυξη, τη στήριξη της τοπικής κοινωνίας, την υιοθέτηση υψηλών προτύπων ηθικής και διαφάνειας αλλά και την ευημερία των εργαζομένων.

Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφθείτε το <https://www.msd.gr/> και συνδεθείτε στο Twitter, το LinkedIn, το YouTube και στο facebook.

Η ατζέντα της Ελλάδας για την καταπολέμηση του καρκίνου στον μετα-covid κόσμο



Υπό την αιγίδα της



Με την υποστήριξη της



Πρόγραμμα συνεδρίου

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

Πέμπτη, 17 Μαρτίου 2022

08:30 Προσέλευση και καφές

09:00 Καλωσόρισμα και εισαγωγή:

Mary Bussell, εκπρόσωπος του Economist Impact, επικεφαλής, The Vaccine Ecosystem Initiative

09:10 Επίσημη έναρξη:

Η ΠΡΟΟΔΟΣ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Στέλλα Κυριακίδου, Επίτροπος Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

09:20 **Η ΑΤΖΕΝΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΣΤΟΝ ΜΕΤΑ-COVID ΚΟΣΜΟ**

Θάνος Πλεύρης, υπουργός Υγείας

09:30 Συζήτηση

09:40 **Η ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΕΕ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΜΕΛΩΝ**

- Πώς επηρεάζει το ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου τη διαμόρφωση των προγραμμάτων εθνικής πολιτικής στην ΕΕ;
- Ο αντίκτυπος της covid-19 και η ανάγκη ενός σχεδίου για τον καρκίνο
- Είναι αναγκαία η αποτίμηση της προόδου ενός σχεδίου; Ποια τα διαθέσιμα εργαλεία;
- Η σημασία της γνώσης σε θέματα υγείας: Αποτελέσματα ευρωπαϊκής έρευνας για την εγγραμματοσύνη υγείας

Μαρία Σπυράκη, Ευρωβουλευτής με τη Νέα Δημοκρατία - Ευρωπαϊκό Λαϊκό κόμμα, μέλος της Ειδικής Επιτροπής για την Καταπολέμηση του Καρκίνου (BECA)

Sibilia Quilici, γενική διευθύντρια Vaccines Europe, Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων και Συνδέσμων (EFPIA)

Tit Albrecht, επικεφαλής Κέντρου Υγειονομικής Περιθάλαψης, Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας της Σλοβενίας

Mark Lawler, συμπρόεδρος, Ειδικό Δίκτυο για τον Αντίκτυπο της Covid-19 στον Καρκίνο, Ευρωπαϊκός Οργανισμός Καρκίνου (ECCO)

Kristine Sørensen, ιδρύτρια, Παγκόσμια Ακαδημία Εγγραμματοσύνης Υγείας, πρόεδρος, Διεθνής Ένωση Εγγραμματοσύνης Υγείας

10:10 Συζήτηση

10:30 Διάλειμμα

10:55 **ΠΟΙΑ ΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ;**

- Η εθνική στρατηγική δημόσιας υγείας στην Ελλάδα
- Μελέτη περίπτωσης για την πρόληψη του καπνίσματος: Εστιάζοντας στα σχολικά προγράμματα
- Καρκίνοι που μπορούν να προληφθούν με εμβόλιο
- Ο ρόλος του εθνικού συστήματος υγείας στην πρόληψη του καρκίνου
- Η προσέγγιση της ΕΟΠΕ ως προς την πρόληψη του καρκίνου

Ειρήνη Αγαπηδάκη, γενική γραμματέας Δημόσιας Υγείας

Αθηνά Χριστοπούλου, παθολόγος ογκολόγος, διευθύντρια και υπεύθυνη της Ογκολογικής Μονάδας του Γενικού Νοσοκομείου «Αγ. Ανδρέα» Πατρών

Αμάντα Ψυρρή, καθηγήτρια Παθολογίας Ογκολογίας, chair, ESMO Nomination Committee, υπεύθυνη Ογκολογικού Τμήματος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

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

Νικόλαος Τσουκαλάς, παθολόγος ογκολόγος, αναπλ. διευθυντής, Ογκολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ, επιστημονικός συνεργάτης, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», αντιπρόεδρος, Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος (ΕΟΠΕ)

11:25 Συζήτηση



11:45 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

- Η εξέλιξη των απεικονιστικών τεχνολογιών για τον καρκίνο
- Η αξία των βιοδεικτών και της ιατρικής ακριβείας στην κλινική πρακτική
- Η σημασία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου
- Η αξία της έγκαιρης διάγνωσης για τη ζωή του ασθενούς

Αναστάσιος Γαϊτάνης, ειδικός λειτουργικός επιστήμονας Α', Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)

Ιωάννης Μούντζιος, παθολόγος ογκολόγος, διευθυντής Δ' Ογκολογικής Κλινικής και Μονάδας Κλινικών Μελετών, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

Έλενα Λινάρδου, διδάκτωρ Imperial College London, παθολόγος ογκολόγος, διευθύντρια της Δ' Ογκολογικής Κλινικής και του Πρότυπου Κέντρου Κλινικών Μελετών, Νοσοκομείο "Metropolitan"

Κορίνα Πατέλν-Βελ, πρόεδρος, FairLife Φροντίδα και Πρόληψη για τον Καρκίνο του Πνεύμονα (βιντεοσκοπημένο μήνυμα) Σχολιαστής:

Εμμανουήλ Σαλούστρου, επίκουρος καθηγητής Ογκολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, μέλος ΔΣ, Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)

12:10 Συζήτηση

12:30 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – ΕΠΙΒΙΩΣΗ

- Η πρόσδος της ψηφιοποίησης στη φροντίδα για τον καρκίνο και οι ευκαιρίες του RRF
- Βασικά στοιχεία ηλεκτρονικού φακέλου και μητρώου ογκολογικού ασθενούς
- Πώς μπορούμε να διασφαλίσουμε ότι τα αποτελέσματα που καταγράφονται στα μητρώα αντικατοπτρίζουν την αξία για τους ασθενείς;
- Η επίδραση της έγκαιρης διάγνωσης στη διαχείριση της θεραπείας
- Η αξία της φροντίδας τελικού σταδίου

Ιωάννης Κωτσιόπουλος, γενικός γραμματέας Υπηρεσιών Υγείας

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

Καίτη Αποστολίδου, πρόεδρος ΔΣ της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.), μέλος ΔΣ της Ευρωπαϊκής Συμμαχίας Ασθενών με Καρκίνο (ECPC)

Ιωάννης Μπουκοβίνας, Ογκολόγος παθολόγος, επιστημονικός υπεύθυνος της Ογκολογικής Μονάδας της BIOCLINIC, Θεσσαλονίκη

Μιχάλης Νικολάου, παθολόγος ογκολόγος, επιμελητής Α', Α' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας»

13:05 Συζήτηση

13:25 Γεύμα

14:10 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΤΡΟΓΓΥΛΗΣ ΤΡΑΠΕΖΗΣ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

- Το εθνικό σχέδιο της Ελλάδας για τον καρκίνο του πνεύμονα
- Η σημασία των μητρώων για τον καρκίνο του πνεύμονα
- Έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα: προκλήσεις και προτεραιότητες
- Η αξία της βελτιστοποίησης της πορείας του ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα
- Η σημασία της θεραπείας όλων των διεγνωσμένων ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα

Ζένια Σαριδάκη-Ζώρα, παθολόγος ογκολόγος, πρόεδρος ΔΣ, Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)

Κωνσταντίνος Συρίγος, καθηγητής Παθολογίας Ογκολογίας, διευθυντής Γ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Σωτηρία», πρόεδρος ΔΣ, Ελληνική Εταιρεία Καρκίνου Πνεύμονα (ΕΛ.Ε.ΚΑ.Π)

Σοφία Αγγελάκη, καθηγήτρια Παθολογικής-Ογκολογίας, Παθολογική-Ογκολογική Κλινική ΠαΓΝΗ, Εργαστήριο Μεταφραστικής Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

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

Thomas Hofmarcher, οικονομολόγος υγείας, Σουηδικό Ινστιτούτο Οικονομικών της Υγείας (IHE) Σχολιαστής:

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

14:50 Συζήτηση



15:10 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- Μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας σχετικές με τον καρκίνο
- Το τοπίο της Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (ΗΤΑ) των νέων θεραπειών καρκίνου στην Ελλάδα
- Ποιο το μέλλον της κλινικής πρακτικής στον καρκίνο στην Ευρώπη;
- Ποια είναι η αξία της επένδυσης στην καινοτομία στον καρκίνο;
- Ο ρόλος των δεδομένων στη διαμόρφωση της μελλοντικής πολιτικής για την ογκολογία

Μίνα Γκάγκα, αναπληρώτρια υπουργός Υγείας

Φλώρα Μπακοπούλου, πρόεδρος, Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης, Υπουργείο Υγείας, αναπλ. καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Γεώργιος Πενθερουδάκης, διατελέσας καθηγητής Ογκολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Κώστας Αθανασάκης, οικονομολόγος υγείας, επίκουρος καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας, τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Ravinder Dhawan, vice president outcomes research, Merck Research Labs (MRL)

Σχολιαστής:

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

15:50 Συζήτηση

16:10 Κλείσιμο συνεδρίου:

ΟΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (ΕΟΠΕ) ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟ 2022

Ζένια Σαριδάκη-Ζώρα, παθολόγος ογκολόγος, πρόεδρος ΔΣ, Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)

Mary Bussell, εκπρόσωπος, Economist Impact, επικεφαλής, The Vaccine Ecosystem Initiative

16:30 Τέλος εργασιών συνεδρίου

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

Η ατζέντα της Ελλάδας για την καταπολέμηση του καρκίνου στον μετα-covid κόσμο



Υπό την αιγίδα της



Με την υποστήριξη της





Ομιλητές κατά αλφαβητική σειρά

Σοφία Αγγελάκη	σελ. 52	Φλώρα Μπακοπούλου	σελ. 62
Κώστας Αθανασάκης	σελ. 65	Κορίνα Πατέλη-Bell	σελ. 37
Ηλίας Αθανασιάδης	σελ. 68	Ιωάννης Μπουκοβίνας	σελ. 45
Tit Albrecht	σελ. 22	Αναστάσιος Μπούτης	σελ. 42
Καίτη Αποστολίδου	σελ. 43	Μιχάλης Νικολάου	σελ. 47
Mary Bussell	σελ. 11, 71	Γεώργιος Πενθερουδάκης	σελ. 63
Αναστάσιος Γαϊτάνης	σελ. 34	Θάνος Πλεύρης	σελ. 16
Μίνα Γκάγκα	σελ. 59	Sibilia Quilici	σελ. 20
Ζωή Γραμματόγλου	σελ. 54	Εμμανουήλ Σαλούστρος	σελ. 39
Ravinder Dhawan	σελ. 66	Ζένια Σαριδάκη-Ζώρα	σελ. 49, 69
Thomas Hofmarcher	σελ. 56	Kristine Sørensen	σελ. 26
Πάρις Κοσμίδης	σελ. 58	Μαρία Σπυράκη	σελ. 18
Στέλλα Κυριακίδου	σελ. 14	Κωνσταντίνος Συρίγος	σελ. 51
Ιωάννης Κωτσιόπουλος	σελ. 40	Γιάννης Τούντας	σελ. 32
Mark Lawler	σελ. 24	Νικόλαος Τσουκαλάς	σελ. 33
Έλενα Λινάρδου	σελ. 36	Αθηνά Χριστοπούλου	σελ. 28
Ιωάννης Μούντζιος	σελ. 35	Αμάντα Ψυρρή	σελ. 30



Mary Bussell

Εκπρόσωπος του Economist Impact
Επικεφαλής, The Vaccine Ecosystem Initiative

Καλώς ήρθατε στο δεύτερο συνέδριο του Economist που εστιάζει στην ατζέντα της Ελλάδας για τον καρκίνο. Φέτος επικεντρώνουμε την προσοχή μας στην καταπολέμηση του καρκίνου στη μετα-covid εποχή. Είμαι πραγματικά ενθουσιασμένη που αυτήν τη χρονιά βρίσκομαι μαζί σας αυτοπροσώπως. Πέρυσι σας καλωσόρισα όλους από το σπίτι μου, καθώς το συνέδριο είχε διεξαχθεί εξ ολοκλήρου διαδικτυακά. Φέτος με υποδεχθήκατε στην υπέροχη, αρχαία πόλη σας και σήμερα μπορώ να δω τα πρόσωπα και τα χαμόγελα των 200 ανθρώπων που βρίσκονται εδώ στην αίθουσα μαζί μου.

Σε αυτό το πλαίσιο, ευχαριστούμε την Εταιρεία Παθολόγων Ογκολόγων Ελλάδος (ΕΟΠΕ) και την MSD για την υποστήριξη του σημερινού συνεδρίου.

Δεν είμαστε ακόμη σε θέση να κηρύξουμε το τέλος της πανδημίας που προκλήθηκε από τον ιό SARS-CoV-2. Από τότε που εντοπίστηκε για πρώτη φορά στις 7 Ιανουαρίου 2020 έως σήμερα, πάνω από 6 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έχουν πεθάνει από την covid-19¹.

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η επιστήμη πραγματοποίησε άλματα επιτρέποντάς μας να αναπτύξουμε κατάλληλα διαγνωστικά εργαλεία και θεραπείες, καθώς μαθαίναμε περισσότερα για αυτόν τον νέο ιό. Οι ιολόγοι και οι εμβολιολόγοι ανέπτυξαν επιτυχημένα εμβόλια και 326 ημέρες μετά την ταυτοποίηση του ιού, εμβόλια που παρασκευάστηκαν από πλατφόρμες που δεν είχαν χρησιμοποιηθεί ποτέ στο παρελθόν σε ανθρώπους, έλαβαν άδειες χρήσης έκτακτης ανάγκης διευκολύνοντας τη μεγαλύτερη δημόσια εκστρατεία εμβολιασμού στην ανθρώπινη ιστορία, προστατεύοντας με αυτόν τον τρόπο πολλούς από τον θάνατο. Οι καινοτομίες αυτές δεν προέκυψαν τυχαία. Βασίστηκαν σε δεκαετίες ερευνών, μερικές από τις οποίες έχουν τις ρίζες τους στην ογκολογική έρευνα.

Αναμφίβολα, η πανδημία είχε καταλυτικό αντίκτυπο στους ανθρώπους που ζουν με καρκίνο – στους οποίους περιλαμβανόμαστε όλοι, διότι ο καρκίνος αγγίζει τους πάντες είτε άμεσα είτε έμμεσα. Αυτή η ασθένεια αλλάζει τις ζωές μας, των οικογενειών μας και των αγαπημένων μας. Ο καρκίνος είναι η επόμενη παγκόσμια κρίση δημόσιας υγείας και η πανδημία της covid-19 έχει επιδεινώσει τα πράγματα. Σήμερα, συγκεντρωθήκαμε εδώ για να συζητήσουμε πώς μπορούμε να προωθήσουμε την ατζέντα για την αντιμετώπιση του καρκίνου στην Ελλάδα και σε ολόκληρη την Ευρώπη, εκμεταλλευόμενοι τη συσ-

σωρευμένη γνώση των ερευνητών, καθώς βρισκόμαστε στο χείλος του γκρεμού: ο καρκίνος ποτέ δεν πρόκειται να περιμένει μια πανδημία να περάσει.

Την τελευταία δεκαετία τα ποσοστά επιβίωσης από καρκίνο παρουσίασαν σημάδια βελτίωσης, χάρη στην έγκαιρη διάγνωση και τον βελτιωμένο προοιμιακό έλεγχο². Ωστόσο, δεν μπορούμε να επιστρέψουμε στον τρόπο παροχής της υγειονομικής περίθαλψης ή στον τρόπο ζωής πριν από τον SARS-CoV-2, επειδή η πανδημία επεσήμανε τις ανισότητες στην περίθαλψη που πρέπει να τεθούν επί τάπητος. Τα τελευταία δύο χρόνια έχουμε διαπιστώσει ασυνέχειες στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και την προσωπική φροντίδα, ανατροπές στην έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση³, αλλά και καθυστερήσεις όσον αφορά την πρόσβαση στη θεραπεία.

Ο καρκίνος πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα και οφείλει να βρίσκεται στην κορυφή της ατζέντας κάθε χώρας. Το 2019 ο ΠΟΥ ανακοίνωσε ότι ο καρκίνος ήταν η πρώτη ή η δεύτερη κύρια αιτία θνησιμότητας πριν από την ηλικία των 70 ετών σε 112 από ένα σύνολο 183 χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα^{4,5} προκαλώντας 1 στους 6 θανάτους παγκοσμίως⁶. Στην Ευρώπη, είναι η δεύτερη κύρια αιτία θνησιμότητας μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις και ευθύνεται για το 26% όλων των θανάτων⁷. Στο εγγύς μέλλον, υπάρχει σημαντικός κίνδυνος το ποσοστό θνησιμότητας να αυξηθεί με βάση το πρόσφατο παρελθόν μας και τις προκλήσεις που επέφερε η πανδημία.

Οφείλουμε να διασφαλίσουμε ότι ο καρκίνος αποτελεί προτεραιότητα σε ολόκληρη την Ευρώπη με Εθνικά Σχέδια Ελέγχου του Καρκίνου που θα περιλαμβάνουν σχέδια εφαρμογής και συγκεκριμένες πηγές χρηματοδότησης.

Ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί: 30-50% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί. Η ανάπτυξη ασφαλών και αποτελεσματικών εμβολίων και η αυστηρότερη καταπολέμηση του καπνίσματος μπορούν να συμβάλουν στη μεγιστοποίηση των προσπαθειών πρόληψης.

Οι καινοτομίες στην πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου αποτελούν πρόοδο. Πράγματι, η τεχνολογία mRNA που αποδείχθηκε πολύ επιτυχημένη στα εμβόλια κατά της covid-19 προέρχεται από την έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί για την πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου. Τα εμβόλια κατά του ιού HPV και της ηπατίτιδας Β χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο σε ολόκληρο τον κόσμο και η έρευνα



συνεχίζεται καθώς αναζητούμε τρόπους για να μειώσουμε τη συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου παγκοσμίως.

Υπάρχει ένας ρόλος που όλοι μπορούμε να διαδραματίσουμε στην πρόληψη του καρκίνου: να πάρουμε αποφάσεις που προάγουν την υγεία. Το κάπνισμα αναγνωρίζεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για όλους τους καρκίνους, καθώς ευθύνεται όχι μόνο για το 85% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα αλλά και για περίπου το 22% όλων των περιπτώσεων καρκίνου. Ο ΠΟΥ χαρακτήρισε την επιδημία του καπνίσματος μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Και αυτή η επιδημία βρίσκεται ακριβώς εδώ: η Ευρώπη έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι 209 εκατομμύρια Ευρωπαίοι καπνίζουν και –ως αποτέλεσμα– εκτιμάται ότι οι μισοί από αυτούς θα πεθάνουν πρόωρα.⁸ Η ενίσχυση της νομοθεσίας κατά του καπνίσματος οφείλει να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα.

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται παγκοσμίως. Το 2020 σημειώθηκαν 19,3 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου παγκοσμίως,⁹ αυξημένος αριθμός σε σύγκριση με τα 14 εκατομμύρια νέα περιστατικά το 2012.¹⁰ Στην Ευρώπη και την κεντρική Ασία, 1 στους 4 ανθρώπους θα διαγνωστεί με καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Ωστόσο, έχουμε λόγους να ελπίζουμε, καθώς νέες και βελτιωμένες εναλλακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου, διάγνωσης και θεραπείας που θα βοηθήσουν τους ασθενείς να ζήσουν περισσότερο και με καλύτερη ποιότητα ζωής, καθίστανται διαθέσιμες. Η ένταξη των πρόσφατων γνώσεων και τεχνολογιών στις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές και τους τρόπους φροντίδας μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν τα αποτελέσματα μέσω της καλύτερης αναγνώρισης και θεραπείας.

Τα τελευταία δύο χρόνια τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου, διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου έχουν πληγεί, καθώς τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο εργάστηκαν πυρετωδώς για την αντιμετώπιση του άμεσου κινδύνου που δημιούργησε η πανδημία της covid-19. Για παράδειγμα:

- Στην Ιταλία ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του παχέος εντέρου μειώθηκε κατά 46% μεταξύ 2019 και 2020.¹¹
- Στην Ισπανία οι διαγνώσεις καρκίνου ήταν κατά 34% χαμηλότερες από τις στατιστικές που προβλέπονταν για το 2020.¹²
- Στο Βέλγιο η διάγνωση των διηθητικών όγκων μειώθηκε κατά 44% στα αρχικά στάδια της πανδημίας.¹³
- Και εδώ στην Ελλάδα ο αριθμός των προσυμπτωματικών εξετάσεων του καρκίνου μειώθηκε κατά 90% στη διάρκεια της πανδημίας.¹⁴

Αυτά τα δεδομένα είναι ανησυχητικά, διότι οι αναβολές στον προσυμπτωματικό έλεγχο καθυστερούν τη διάγνωση, γεγονός που με τη σειρά του καθυστε-

ρεί την έναρξη της θεραπείας. Στα τέλη του 2020, το *British Medical Journal* ανέφερε ότι μια καθυστέρηση ενός μηνός στη θεραπεία του καρκίνου μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο θνησιμότητας ενός ατόμου κατά περίπου 10%.¹⁵

Οφείλουμε να βελτιώσουμε τον τρόπο με τον οποίο συνεργαζόμαστε με τους ανθρώπους που ζουν με καρκίνο, διασφαλίζοντας ότι οι ανάγκες τους εισακούονται από τους φορείς λήψης αποφάσεων, καθώς βελτιώσεις απαιτούνται σε όλα τα στάδια της διαδρομής ενός ατόμου με καρκίνο. Οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης, πρόληψης και ενημέρωσης σχετικά με την υγεία μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση της εμπέλειας της δημόσιας υγείας, κινητοποιώντας τους ανθρώπους να κάνουν ό,τι μπορούν για να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης αυτής της νόσου. Η συμπερίληψη των ατόμων που ζουν με καρκίνο στην ανάπτυξη σχεδίων θεραπείας μπορεί να συμβάλει στο να διασφαλιστεί ότι μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και να μοιραστούν όσα βιώνουν, επειδή είναι αυτοί που ζουν μέσω της θεραπείας τους. Ως κλινικοί γιατροί, οφείλουμε να είμαστε εκεί για να βοηθήσουμε, να υποστηρίξουμε και να ακούσουμε.

Χρειαζόμαστε βελτιωμένα συστήματα για να εξασφαλίσουμε βιώσιμη και ισότιμη πρόσβαση στις καινοτομίες. Οι νέες καινοτομίες είναι πολλά υποσχόμενες, αλλά οι εμπλεκόμενοι, οι αρχές Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (HTA) και οι κυβερνητικοί φορείς λήψης αποφάσεων οφείλουν να δώσουν προτεραιότητα στις προσπάθειές τους ώστε να φτάσουν στα άτομα που τις έχουν ανάγκη. Σε έναν μεταπανδημικό κόσμο, οι πληρωτές θα αντιμετωπίσουν επίπονους οικονομικούς περιορισμούς, καθώς οι εθνικοί προϋπολογισμοί προσπαθούν να ανακάμψουν από το κόστος της πανδημίας. Ωστόσο, οι καθυστερήσεις μεταξύ της έγκρισης κυκλοφορίας και της διαθεσιμότητας μιας νέας θεραπείας έχουν πραγματικά μεγάλο αντίκτυπο στους ανθρώπους και τις οικογένειές τους που βρίσκονται αντιμέτωποι με μια διάγνωση καρκίνου. Η συνεργασία μεταξύ όλων των ενδιαφερόμενων μερών είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί ότι οι θεραπείες είναι διαθέσιμες εγκαίρως και με οικονομικά βιώσιμο τρόπο.

Οφείλουμε να εργαστούμε για να αποσιγματίσουμε τον καρκίνο μέσω της εκπαίδευσης, της ευαισθητοποίησης και της συμπόνιας. Το στίγμα είναι αληθινό και διαβρωτικό. Μπορεί να καθυστερήσει τη διάγνωση και προκαλεί περιττά βάσανα. Η εξεύρεση λύσεων για την αντιμετώπιση του στιγματισμού και τη διασφάλιση ότι οι άνθρωποι λαμβάνουν την ψυχολογική, υποστηρικτική και παρηγορητική φροντίδα που χρειάζονται σε κάθε βήμα της διαδρομής τους με τον καρκίνο είναι ζωτικής σημασίας.

Καθώς ατενίζουμε τον κόσμο μετά την covid-19, η δημιουργία συμπράξεων και συνεργασίας μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών σε επίπεδο ΕΕ και σε εθνικό επίπεδο θα συμβάλει στην πρόωθηση ουσι-

αστικού διαλόγου και στη χάραξη πολιτικής. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει τη δημιουργία συμμαχιών μεταξύ των υπουργείων δημόσιας υγείας και οικονομικών, των κοινωνικών υπηρεσιών και της εκπαίδευσης, των επαγγελματιών υγείας και των οργανώσεων των ασθενών.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω και θέτοντας τα θέματα για τις συζητήσεις μας σήμερα, υπάρχουν έξι βασικές και συγκλίνουσες αρχές που θα μας βοηθήσουν να κάνουμε σημαντικά βήματα στον καρκίνο στη μετα-covid εποχή:

1. Η αναγνώριση και διασφάλιση ότι ο καρκίνος αποτελεί προτεραιότητα σε ολόκληρη την Ευρώπη με Εθνικά Σχέδια Ελέγχου του Καρκίνου που ανταποκρίνονται στις ανάγκες με ουσιαστικό τρόπο.
2. Η βελτίωση της πρόληψης μέσω της ανάπτυξης ασφαλών και αποτελεσματικών εμβολίων και αυστηρότερης καταπολέμησης του καπνίσματος, καθώς και της διασφάλισης ότι οι άνθρωποι γνωρίζουν πώς μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις που προάγουν την υγεία των ιδίων και των αγαπημένων τους.
3. Η ανανέωση της εστίασης στην έγκαιρη διάγνωση: εξέταση της υιοθέτησης προγραμμάτων προσημπτωματικού ελέγχου, ταχείας μετάβασης στη διάγνωση αλλά και άμεσης παραπομπής των ατόμων σε θεραπεία, καθώς τα αποτελέσματα βελτιώνονται όταν η θεραπεία ξεκινά στα πρώιμα στάδια του καρκίνου.
4. Η εξασφάλιση ότι οι άνθρωποι που ζουν με καρκίνο εισακούονται από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων, καθώς βελτιώσεις απαιτούνται σε όλα τα στάδια της διαδρομής ενός ατόμου με καρκίνο.
5. Η δημιουργία και εφαρμογή συστημάτων για τη διασφάλιση βιώσιμης και ισότιμης πρόσβασης σε καινοτομίες.

6. Ο αποστιγματισμός του καρκίνου μέσω καλύτερης εκπαίδευσης, ευαισθητοποίησης και συμπόνιας.

Παρά τις προκλήσεις που επέφερε η πανδημία της covid-19, υπάρχουν ευκαιρίες για βελτίωση καθώς ατενίζουμε το μέλλον. Σήμερα θα ακούσουμε για τις βασικές τάσεις και εξελίξεις. Δεν υπάρχουν περιθώρια για εφνοουασμό.

Βρισκόμαστε σήμερα εδώ όχι για να σταθούμε στο παρελθόν, αλλά για να συγχρονίσουμε την κατανόησή μας για το πού βρισκόμαστε, ώστε να μπορέσουμε να ενώσουμε τις δυνάμεις μας, να διπλασιάσουμε τις προσπάθειές μας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που θέτει ο καρκίνος και να μεγιστοποιήσουμε τις ευκαιρίες που αναδύονται από τις νέες εξελίξεις στον προσημπτωματικό έλεγχο, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία. Έχουμε αμέτρητες ευκαιρίες να βελτιώσουμε τη φροντίδα που παρέχουμε. Ο καρκίνος μας αγγίζει όλους. Βελτιώνοντας την επικοινωνία μας, αναπτύσσοντας νέους τρόπους συνεργασίας, οικοδομώντας τη μεταξύ μας συναίνεση, θα μπορέσουμε να αλλάξουμε μαζί την ατζέντα για τον καρκίνο, διότι επικοινωνία, συνεργασία και συναίνεση οδηγούν στην αλλαγή. ●

¹ Our World in Data. <https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-covid-deaths-region>

² [https://jncn.org/configurable/content/journals\\$002fjncn\\$002faop\\$002farticle-10.6004-jncn.2021.7114\\$002farticle-10.6004-jncn.2021.7114.xml?t:ac=journal%24002fjncn%24002faop%24002farticle-10.6004-jncn.2021.7114%24002farticle-10.6004-jncn.2021.7114.xml](https://jncn.org/configurable/content/journals$002fjncn$002faop$002farticle-10.6004-jncn.2021.7114$002farticle-10.6004-jncn.2021.7114.xml?t:ac=journal%24002fjncn%24002faop%24002farticle-10.6004-jncn.2021.7114%24002farticle-10.6004-jncn.2021.7114.xml)

³ [https://jncn.org/configurable/content/journals\\$002fjncn\\$002faop\\$002farticle-10.6004-jncn.2021.7114\\$002farticle-10.6004-jncn.2021.7114.xml?t:ac=journal%24002fjncn%24002faop%24002farticle-10.6004-jncn.2021.7114%24002farticle-10.6004-jncn.2021.7114.xml](https://jncn.org/configurable/content/journals$002fjncn$002faop$002farticle-10.6004-jncn.2021.7114$002farticle-10.6004-jncn.2021.7114.xml?t:ac=journal%24002fjncn%24002faop%24002farticle-10.6004-jncn.2021.7114%24002farticle-10.6004-jncn.2021.7114.xml)

⁴ <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21660>

⁵ World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. WHO; 2020. Accessed 3 March 2022. www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death

⁶ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-cancer-services-disrupted-by-up-to-50-in-all-countries-reporting-a-deadly-impact-of-covid-19>

⁷ Hofmarcher T, Brådvik G, Svedman C, et al. Report on Cancer in Europe 2019 – disease burden, costs and access to medicines. Lund, Sweden: 2019.

⁸ World Health Organization. European tobacco use: trends report 2019. Copenhagen: World Health Organization, 2019. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENGWEB.pdf?ua=1

⁹ <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21660>

¹⁰ International WCRF. American Institute for Cancer Research. Cancer statistics [Internet]. London: World Cancer Research Fund. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data>. And Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA: a cancer journal for clinicians. 2015;65(2):87-108.

¹¹ Dr Hans Henri P. Kluge, WHO Regional Director for Europe. Statement – Cancer services disrupted by up to 50% in all countries reporting: a deadly impact of COVID-19, 2022 3 Feb. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-cancer-services-disrupted-by-up-to-50-in-all-countries-reporting-a-deadly-impact-of-covid-19>.

and
AGENAS (National Agency for Regional Health Service, Italy) <https://www.agenas.gov.it/>

¹² Dr Hans Henri P. Kluge, WHO Regional Director for Europe. Statement- Cancer services disrupted by up to 50% in all countries reporting: a deadly impact of COVID-19, 2022 3 Feb. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-cancer-services-disrupted-by-up-to-50-in-all-countries-reporting-a-deadly-impact-of-covid-19>.

and
Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-resilience-during-covid-19-lessons-for-building-back-better>

¹³ Dr Hans Henri P. Kluge, WHO Regional Director for Europe. Statement – Cancer services disrupted by up to 50% in all countries reporting: a deadly impact of COVID-19, 2022 3 Feb. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-cancer-services-disrupted-by-up-to-50-in-all-countries-reporting-a-deadly-impact-of-covid-19>.

and
Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis.

¹⁴ <https://www.keeptalkinggreece.com/2021/09/10/greece-cancer-neglected-during-pandemic-say-greek-medical-experts/>

¹⁵ <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>



Στέλλα Κυριακίδου

Επίτροπος Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ενώ εμείς συναντιόμαστε εδώ σήμερα, εκατομμύρια άνθρωποι συνεχίζουν να εγκαταλείπουν τα σπίτια τους φεύγοντας μακριά για να σωθούν από την παράνομη και παράλογη εισβολή στην Ουκρανία. Πολλοί από αυτούς τους πρόσφυγες είναι ασθενείς, ευάλωτοι πληθυσμοί, γυναίκες και παιδιά. Αρκετοί είναι καρκινοπαθείς, ενήλικες αλλά και παιδιά.

Από την πρώτη ημέρα η Ευρώπη έδειξε την αλληλεγγύη της σε όλα τα επίπεδα. Μαζί με όλους τους υπουργούς Υγείας και σε αυτό το σημείο δράτομα της ευκαιρίας για να ευχαριστήσω τον υπουργό κ. Πλεύρη για την υποστήριξή του. Έχουμε διασφαλίσει τις πρώτες 10.000 κλίνες για τη μεταφορά ασθενών που χρειάζονται ιατρική περίθαλψη, μεταξύ των οποίων και κλίνες για ενήλικες και παιδιά που υποφέρουν από καρκίνο.

Είμαστε σε επαφή με ΜΚΟ που βρίσκονται στο πεδίο για να δούμε τι είδους βοήθεια χρειάζονται, επικοινωνούμε με φαρμακευτικές εταιρείες για να κατανοήσουμε τις δυσκολίες εφοδιασμού και θα κάνουμε ό,τι είναι δυνατόν για να διασφαλίσουμε τον συντονισμό σε ευρωπαϊκό επίπεδο, έτσι ώστε να παρέχουμε οποιαδήποτε ιατρική συνδρομή σε όσους την έχουν ανάγκη.

Η πανδημία μάς έδειξε ότι μαζί είμαστε πιο δυνατοί. Ταυτόχρονα, συνεχίζουμε να εντείνουμε όλες μας τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση των συνεπειών της covid-19 στον καρκίνο. Η πανδημία – δεν πρέπει να το ξεχνάμε– εξακολουθεί να βρίσκεται ανάμεσά μας. Ωστόσο, η ευρωπαϊκή αλληλεγγύη και η συνεργασία μάς κατέδειξαν πώς μπορούμε να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τέτοιες πρωτοφανείς προκλήσεις. Το γεγονός ότι σήμερα συναντιόμαστε δια ζώσης αποτελεί σαφή ένδειξη των παραπάνω.

Τα τελευταία δύο χρόνια έχουν προσθέσει ένα νέο επίπεδο προκλήσεων για τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας. Ταυτόχρονα, ο αντίκτυπος της πανδημίας στην πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου υπήρξε και εξακολουθεί να είναι σοβαρός. Έχει διακόψει και έχει καθυστερήσει τους προληπτικούς ελέγχους και τις θεραπείες, ενώ έχει μειώσει την πρόσβαση σε φάρμακα και επανεξετάσεις.

Εκτιμάται ότι πάνω από 1 εκατομμύριο κρούσματα καρκίνου παραμένουν σήμερα χωρίς διάγνωση στην Ευρώπη λόγω της ανατροπής που επέφερε η covid-19. Η πανδημία επεσήμανε την τάση υποχρηματοδότησης και υποπροτεραιότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και κατέδειξε με σαφήνεια την κρίσιμη σημασία του σχεδιασμού αντιμετώπισης απρόοπτων

καταστάσεων για τη συνέχιση της φροντίδας του καρκίνου σε μελλοντικές κρίσεις. Αυτές είναι οι πιο άμεσες προκλήσεις που οφείλουμε να αντιμετωπίσουμε καθώς συνεχίζουμε να βρισκόμαστε αντιμέτωποι με τον καρκίνο σε όλες του τις μορφές.

Λέω ότι συνεχίζουμε να αντιμετωπίζουμε, διότι καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας δεν έχουμε σταματήσει να εστιάζουμε στον καρκίνο. Πώς θα μπορούσαμε άλλωστε, όταν κάθε χρόνο 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρωπαϊκή Ένωση χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας αυτής της ασθένειας. Εδώ στην Ελλάδα ο καρκίνος ευθύνεται για το ένα τέταρτο του συνόλου των θανάτων. Αυτά είναι απλά νούμερα, και καθένα από αυτά αντικατοπτρίζει και μια προσωπική ιστορία. Δεν είναι απλά στατιστικά στοιχεία.

Στο αποκορύφωμα της πανδημίας εγκαινιάσαμε το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου (Europe's Beating Cancer Plan), το πρώτο πανευρωπαϊκό σχέδιο για τον καρκίνο που εκπονήθηκε ποτέ. Με αυτό το σχέδιο θέσαμε τους φάρους που θα σηματοδοτήσουν την πολιτική, τις δράσεις και τη χρηματοδότησή μας τα επόμενα χρόνια.

Έναν χρόνο αργότερα, έχουμε ήδη τα κύρια δομικά στοιχεία σε ισχύ. Πρώτον –και ίσως το σημαντικότερο– τη συμμετοχικότητα. Η συνεργασία μας περιλαμβάνει όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη και όλους τους τομείς πολιτικής. Χάρη σε αυτήν μπορούμε να υιοθετήσουμε μια ολοκληρωμένη, κοινή προσέγγιση στις προκλήσεις που θέτει ο καρκίνος. Όλες οι κυβερνήσεις και όλη η κοινωνία πρακτικά, μαζί.

Δεύτερον, εστιάζοντας στην ολοκληρωμένη, συνεκτική προσέγγιση, εξετάζουμε κάθε στάδιο της διαδρομής του καρκινοπαθούς. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι πυλώνες του σχεδίου μας καλύπτουν ολόκληρη την πορεία της νόσου, με φιλόδοξες εμπληματικές πρωτοβουλίες και τολμηρές δράσεις.

Τρίτον, ολόκληρο το σχέδιο διατρέχεται από τα οριζόντια θέματα που αφορούν όλους μας: την έρευνα και την καινοτομία, την ψηφιοποίηση, την εξατομικευμένη ιατρική και, κυρίως, τη δράση για τη μείωση των ανισοτήτων.

Τέταρτον, παράδοση. Ένας κοινός οδικός χάρτης υλοποίησης μάς κρατά εντός πορείας με χρονοδιάγραμμα και ορόσημα και είναι αυτός που σήμερα μας δείχνει πόσα έχουμε επιτύχει σε έναν μόλις χρόνο.

Και τελευταίο, αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, έχουμε

σημαντική οικονομική στήριξη ύψους 4 δισεκατομμυρίων ευρώ για να υλοποιήσουμε ό,τι υποσχεθήκαμε.

Πέρυσι διαθέσαμε σχεδόν 80 εκατομμύρια ευρώ για τη δρομολόγηση 16 σημαντικών πρωτοβουλιών με την υποστήριξη του προγράμματος EU4Health.

Φέτος θα διατηρήσουμε τη δυναμική αυτήν, εστιάζοντας στην πρόληψη και τη διάγνωση με περισσότερα από 100 εκατομμύρια ευρώ για τη διαχείριση των βασικών καθοριστικών παραγόντων που αφορούν την υγεία, την προαγωγή της υγείας και την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου, γνωρίζοντας ότι το 40% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί.

Τον Φεβρουάριο, σηματοδοτώντας την Παγκόσμια Ημέρα Καρκίνου, ξεκινήσαμε τέσσερις σημαντικές δράσεις:

- την κοινή δράση για τον εμβολιασμό κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)
- την πρόσκληση για υποβολή στοιχείων σχετικά με την προτεινόμενη αναθεώρηση της Σύστασης του Συμβουλίου για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου
- τη δημιουργία ενός Δικτύου της ΕΕ Νέων Επιζώντων από Καρκίνο και
- την πρώτη φάση του Μητρώου Καρκινικών Ανισοτήτων

Η διασφάλιση ισότιμης και δίκαιης πρόσβασης σε μέτρα πρόληψης, η έγκαιρη ανίχνευση, η διάγνωση, η θεραπεία και η περίθαλψη είναι ίσως ο κύριος στόχος του Σχεδίου για τον καρκίνο.

Θέλουμε να αντιμετωπίσουμε τις σημαντικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ και εντός των κρατών μελών αλλά και μεταξύ των διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών ομάδων. Κατά συνέπεια, το Μητρώο Καρκινικών Ανισοτήτων θα παρέχει ένα ευρύ φάσμα δεδομένων για την καλύτερη καθοδήγηση των επενδύσεων και της δράσης.

Παράλληλα, θα συνεχίσουμε να συλλέγουμε και να αναλύουμε τα πλέον πρόσφατα επιστημονικά στοιχεία με σκοπό:

- την επικαιροποίηση του Ευρωπαϊκού Κώδικα κατά του Καρκίνου, επικοινωνώντας απλά μηνύματα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, και
- την αναθεώρηση της Σύστασης του Συμβουλίου για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου.

Μαζί με την Αποστολή για τον Καρκίνο, θα συνεχίσουμε να ενισχύουμε άλλα οριζόντια θέματα του Σχεδίου: την έρευνα, την καινοτομία, τα δεδομένα, την ψηφιοποίηση και τις νέες τεχνολογίες, τα οποία έχουν μεγάλες δυνατότητες να κάνουν τη διαφορά σε όλα τα στάδια της διαχείρισης του καρκίνου.

Το νέο Κέντρο Γνώσης για τον Καρκίνο, που ιδρύθηκε τον Ιούνιο του περασμένου έτους, θα συντονίζει

και θα ευθυγραμμίζει το επιστημονικό και τεχνικό έργο που σχετίζεται με τον καρκίνο σε επίπεδο ΕΕ. Επίσης, σε λίγες μόνο εβδομάδες, θα παρουσιάσω τον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων για την Υγεία, ένα βασικό εργαλείο για την αξιοποίηση της δύναμης των δεδομένων για την υγεία προς όφελος των καρκινοπαθών.

Θα καταστήσει πολύ ευκολότερη για τους ασθενείς την πρόσβαση και τον έλεγχο των δεδομένων που αφορούν την υγεία τους, καθώς και την κοινοποίηση τους στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης της επιλογής τους. Αυτή η κίνηση μπορεί πράγματι να βοηθήσει πολλούς καρκινοπαθείς που ενδέχεται να συμβουλευτούν διαφορετικούς ειδικούς, ακόμα και σε άλλες χώρες της ΕΕ. Θα διευκολύνει την έρευνα και την καινοτομία.

Φέτος θα δημιουργήσουμε επίσης την Ευρωπαϊκή Πρωτοβουλία για την Απεικόνιση του Καρκίνου, ώστε να αναπτύξουμε έναν «άτλαντα» της ΕΕ με εικόνες που αφορούν τον καρκίνο, καθιστώντας τις ανώνυμες και προσβάσιμες από όλους τους ενδιαφερόμενους. Για να προσφέρουμε φροντίδα υψηλής ποιότητας για όλους, θα δημιουργήσουμε έως το 2025 ένα Δίκτυο Εθνικών Ολοκληρωμένων Κέντρων για τον Καρκίνο στην ΕΕ.

Προς τον σκοπό αυτόν, θα βοηθήσουμε παράλληλα τα κράτη μέλη να δημιουργήσουν νέα δίκτυα αναφοράς για τους πιο κοινούς καρκίνους και τα στάδια του καρκίνου και να τα συνδέσουν με τα υφιστάμενα δίκτυα για τους σπάνιους καρκίνους. Αυτή η διακρατική συνεργασία θα διευκολύνει την υιοθέτηση υψηλού επιπέδου και ποιοτικής διάγνωσης και θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης, της έρευνας και των κλινικών δοκιμών σε ολόκληρη την ΕΕ.

Και για να παρέχουμε ένα υψηλής ποιότητας εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας που να προσφέρει υψηλής ποιότητας φροντίδα σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και επιζώντες, πέρυσι ξεκινήσαμε το πρόγραμμα κατάρτισης για τον καρκίνο μεταξύ ειδικοτήτων.

Η υλοποίηση του Σχεδίου για τον Καρκίνο για πολλούς από εμάς είναι προσωπική υπόθεση. Απαιτεί ομαδική προσπάθεια. Πρόκειται για μια δέσμευση την οποία αναλαμβάνουν από κοινού η Επιτροπή, το Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Η πλήρης αφοσίωσή σας και η ισχυρή συνεργασία είναι ζωτικής σημασίας για εμάς.

Σήμερα, απευθύνομαι στον κάθε έναν από εσάς – ογκολογικούς εμπειρογνώμονες, υποστηρικτές ασθενών, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Μαζί μπορούμε να διασφαλίσουμε ότι όλοι οι ασθενείς στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα έχουν στη διάθεσή τους όλο το φάσμα υψηλής ποιότητας περίθαλψης και θεραπείας που χρειάζονται.

Αυτό είναι το σχέδιο της Ευρώπης. Μαζί μπορούμε να επιτύχουμε πολλά. ●



Θάνος Πλεύρης

Υπουργός Υγείας

Είναι πραγματικά μεγάλη τιμή για μένα να χαιρετώ τη δράση που γίνεται σήμερα και ειδικά αποτελεί μεγάλη τιμή να παίρνω τον λόγο μετά από την Επίτροπο. Διότι σε αυτές τις δύσκολες στιγμές τις οποίες διανύει η παγκόσμια κοινότητα, τόσο στο σκέλος της πανδημίας όσο και της παράνομης εισβολής που βλέπουμε τώρα στην Ουκρανία, οφείλω να πω ότι η Επίτροπος κ. Κυριακίδου είναι αυτή η οποία έχει εμπεδώσει με τον καλύτερο τρόπο την ευρωπαϊκή αλληλεγγύη.

Μια μεγάλη και σημαντική παρακαταθήκη που θα ακολουθεί την ΕΕ είναι ο πλήρης σχεδιασμός που έγινε στην εμβολιαστική κάλυψη – εδώ αυτό το εγχείρημα το ανέλαβε ο γενικός γραμματέας Μάριος Θεμιστοκλέους. Διότι, αν εκείνη τη στιγμή η ΕΕ λειτουργούσε με γνώμονα τους εθνικούς ανταγωνισμούς ως προς την προμήθεια των εμβολίων, θα ήταν η μεγαλύτερη πληγή. Η πλήρης ευρωπαϊκή αλληλεγγύη, τόσο στα εμβόλια όσο και στις θεραπείες, βάζει την παρακαταθήκη για αυτό που πάντα οραματιζόμασταν: μια πραγματικά ολοκληρωμένη Ευρωπαϊκή Ένωση που θα βλέπει όλους τους λαούς ως έναν λαό, ως Ευρωπαίους πολίτες.

Παρακαταθήκη αυτής της αλληλεγγύης είναι και η συνολική αντίδραση της ΕΕ σε αυτήν την παράνομη εισβολή τόσο σε ανθρωπιστικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο κυρώσεων, όπου αυτές οι κυρώσεις ουσιαστικά χιτούν και τα ίδια τα ευρωπαϊκά κράτη. Αλλά και σε αυτό το σκέλος υπήρξε μια πλήρης ευρωπαϊκή αλληλεγγύη και κοινή λειτουργία.

Ερχόμενοι λοιπόν στο σημερινό θέμα που είναι κεφαλαίωδους σημασίας, αντίστοιχα οι δράσεις που πρέπει να αναδειχθούν σε όλο το ευρωπαϊκό πλαίσιο θα πρέπει να έχουν στόχο τον ασθενή. Γενικότερα, εδώ στην Ελλάδα οι μεταρρυθμίσεις που θέλουμε να προωθήσουμε τόσο στο κομμάτι της πρόληψης όσο και στο κομμάτι της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και της φαρμακευτικής πολιτικής είναι μια στροφή από ένα ιατροκεντρικό σύστημα, το οποίο είχαμε βιώσει, σε ένα ασθενοκεντρικό σύστημα.

Πρέπει να ακολουθούμε συνολικά σε όλα τα επίπεδα τις ανάγκες που έχει ο ασθενής και τον ασθενή με καρκίνο πάντοτε θα πρέπει να τον βλέπουμε με μια συστολή και να είμαστε δίπλα του ως πολιτεία. Σε αυτό λοιπόν το πλαίσιο, αναπτύσσονται τρεις βασικοί πυλώνες που αποτελούν βασικούς στόχους και της ευρωπαϊκής πολιτικής αλλά και εδώ στην Ελλάδα.

Πρώτα από όλα, κατά τη διάρκεια της πανδημίας υπάρχει ένα μεγάλο κενό που πρέπει να παρακολουθήσουμε με μεγάλη προσοχή και το οποίο σχετίζεται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Στη χώρα μας προπαθήσαμε ως προς το σκέλος των θεραπειών – είτε αυτές ήταν θεραπείες, είτε ήταν χειρουργεία – ακόμα και στη μεγαλύτερη πίεση που μπορεί να υπήρχε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, αυτές οι θεραπείες να μη μείνουν πίσω και να γίνουν.

Όμως, υπάρχει ένα μεγάλο κενό ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο που το βλέπουμε τώρα. Ειδικά σε μια χώρα όπως είμαστε εμείς, που στο κομμάτι της πρόληψης αλλά και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχαμε ένα μεγάλο κενό, αυτό το κενό του προσυμπτωματικού ελέγχου κατά τη διάρκεια της πανδημίας θα πρέπει να το δούμε με ιδιαίτερη προσοχή.

Για αυτόν τον λόγο, στο κομμάτι της πρόληψης επιλέξαμε ότι ένα μεγάλο μέρος του Ταμείου Ανάκαμψης θα έχει τη βάση του στην πρόληψη που σχετίζεται με τον καρκίνο. Ήδη ολοκληρώσαμε το πρόγραμμα για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και είναι έτοιμο να ξεκινήσει στα τέλη Μαρτίου. Πρόκειται για το πρόγραμμα που είχε εξαγγείλει και ο πρωθυπουργός και θα φέρει το όνομα της Φώφης Γεννηματά. Για πρώτη φορά, εκμεταλλευόμενοι την άρτια λειτουργία της εμβολιαστικής κάλυψης και του εμβολιαστικού προγράμματος του πληθυσμού, σε πρώτη φάση θα αποστέλλεται SMS σε 1.300.000 γυναίκες προκειμένου να κάνουν τη δωρεάν μαστογραφία και αντιστοίχως τα αποτελέσματά τους να εξεταστούν από έναν γιατρό.

Θα είναι η πρώτη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται στη χώρα μας για προληπτικό έλεγχο, όπου δεν θα καλούμε στην πραγματικότητα τον ασθενή να πάει στον γιατρό προκειμένου να κάνει αυτόν τον προληπτικό έλεγχο, αλλά αντιθέτως θα τον αναζητούμε με την αποστολή του SMS και θα τον καθοδηγούμε.

Στη συνέχεια, από τον Ιούλιο και μετά θα ξεκινήσουν τα προγράμματα που έχουν να κάνουν με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σε αυτό το σκέλος, και στον εμβολιασμό του HPV για τον καρκίνο της μήτρας, για πρώτη φορά στη χώρα μας, στο πρόγραμμα το οποίο γίνεται σε συνεργασία με την ΕΕ και αφορά τον στόχο που έχουμε μέχρι το 2030 να έχουμε εξαλείψει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ο εμβολιασμός πλέον αφορά και αγόρια και κορίτσια ηλικίας 9-18 ετών. Είναι κάτι που στη χώρα μας δεν γινόταν και ως



πατέρας περιμένω στα 2 χρόνια που θα γίνει 9 χρονών ο γιος μου να πάει να εμβολιαστεί. Διότι μέχρι στιγμής ήταν και ένα ταμπού στη χώρα το κατά πόσο ο συγκεκριμένος εμβολιασμός θα πρέπει να γίνεται και στα αγόρια.

Άρα, ξεκινάμε στον τομέα της πρόληψης και αυτό το κομμάτι, πιστεύοντας ότι θα έχουμε μια μεγάλη ανταπόκριση και θα γίνει μια μεγάλη προσπάθεια ευαισθητοποίησης των γονέων, ώστε να εμβολιάσουν άμεσα τα παιδιά τους. Για αυτόν τον λόγο, δημιουργείται και ένα ψηφιακό βιβλιário που να διευκολύνει όλα τα παιδιά να κληθούν οι γονείς τους προκειμένου να γίνει ο εμβολιασμός.

Στο κομμάτι της θεραπείας θέλουμε να βάλουμε τις περισσότερες δυνατές θεραπείες προς όφελος του ασθενούς. Και εδώ απευθύνομαι σε ανθρώπους που γνωρίζουν ότι η χώρα μας έχει μια ιδιαιτερότητα με τους κλειστούς προϋπολογισμούς στο φάρμακο και με το clawback. Θα προσπαθήσουμε και με τις νέες οδηγίες που θα δίνονται, για πρώτη φορά να εκτιμάται η θεραπευτική αξία του φαρμάκου και στις εκπώσεις που θα καλούνται τα φάρμακα αυτά να δίνουν στις διαπραγματεύσεις. Διότι στόχος μας είναι να μην αποτρέψουμε να έρθουν φάρμακα στη χώρα μας, προκειμένου να δώσουμε τη δυνατότητα στους Έλληνες ασθενείς να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του καρκίνου και σε κάθε περίπτωση να έχουν πρόσβαση στις νέες θεραπείες.

Αντίστοιχα, ένα κομμάτι που θέλουμε να αναδείξουμε είναι το σκέλος των κλινικών δοκιμών. Στις κλινικές δοκιμές είμαστε κάπως πίσω στην εφαρμογή του κανονισμού, ο οποίος χρειάζεται να έχει την ταχύτητα την οποία θα πρέπει να έχουμε. Γνωρίζετε, πολλές φορές το κομμάτι των κλινικών δοκιμών το βλέπουμε από την πλευρά της προσέλκυσης επενδύσεων, που είναι μια λανθασμένη κατεύθυνση για τον υπουργό Υγείας. Την πλευρά προσέλκυσης επενδύσεων μπορεί να τη βλέπει σε ένα άλλο επίπεδο ο υπουργός Οικονομίας, αλλά ο υπουργός της Υγείας θα πρέπει να το βλέπει ως δυνατότητα στους Έλληνες ασθενείς –και ειδικά όταν λέμε στις κλινικές δοκιμές στην κορωνίδα βρίσκεται η ογκολογία– να έχουν πρόσβαση οι ασθενείς σε καλύτερες και καινοτόμους θεραπείες.

Όλο αυτό το πλαίσιο λοιπόν θέλουμε να το ολοκληρώσουμε σε μια συνολική δράση που ξεκινάει από την πρόληψη, οδηγεί στη γρήγορη διάγνωση, στη γρήγορη θεραπεία και αντιστοίχως στην πρόσβαση στις καινοτόμους θεραπείες.

Παρόλο που η χώρα μας δέχτηκε πολύ μεγάλη πίεση στο εθνικό της σύστημα στο προηγούμενο κύμα της covid-19 και αυτήν τη στιγμή είμαστε σε μια αποκλιμάκωση, σε συνεννόηση πάλι με την Επίτροπο, όλοι οι υπουργοί Υγείας έχουμε θέσει στη διάθεσή μας τη δυνατότητα να φιλοξενήσουμε ασθενείς από την Ουκρανία στα δικά μας νοσοκομεία – και ειδικά ογκολογικούς ασθενείς. Ήδη έχει γίνει μια προσπάθεια και με την κ. Βαρδινγιάννη προκειμένου να μπορέσουμε να φιλοξενήσουμε 30 παιδιά από την Ουκρανία στο Νοσοκομείο Παίδων και να συνεχίσουν τη θεραπεία τους. Θα φιλοξενηθούν μαζί και οι οικογένειές τους όχι απλά για να συ-

νεχίσουν τη θεραπεία τους· αν δεν την έχουν ξεκινήσει, να την ξεκινήσουν.

Και στα θέματα της υγείας η ευρωπαϊκή αλληλεγγύη θα πρέπει να αναδεικνύεται σε όλο της το εύρος και ευελπιστούμε ότι για παθήσεις, όπως ήταν ο καρκίνος, που δυστυχώς στον προσυμπτωματικό έλεγχο έμειναν πίσω λόγω της πανδημίας, γρήγορα θα μπορέσουμε να καλύψουμε αυτό το κενό με έναν γνώμονα: την καλύτερη πρόληψη, την καλύτερη θεραπεία, τη γρήγορη διάγνωση και με έναν μόνο ωφελούμενο, τον ασθενή. ●



Μαρία Σπυράκη

Ευρωβουλευτής με τη Νέα Δημοκρατία - Ευρωπαϊκό Λαϊκό Κόμμα
Μέλος της Ειδικής Επιτροπής για την Καταπολέμηση του Καρκίνου (BECA)

Είναι πραγματικά μεγάλη τιμή για μένα να χαιρετώ τη δράση που γίνεται σήμερα και ειδικά αποτελεί μεγάλη τιμή να παίρνω τον λόγο μετά από την Επίτροπο. Διότι σε αυτές τις δύσκολες στιγμές τις οποίες διανύει η παγκόσμια κοινότητα, τόσο στο σκέλος της πανδημίας όσο και της παράνομης εισβολής που βλέπουμε τώρα στην Ουκρανία, οφείλω να πω ότι η Επίτροπος κ. Κυριακίδου είναι αυτή η οποία έχει εμπεδώσει με τον καλύτερο τρόπο την ευρωπαϊκή αλληλεγγύη.

Σύμφωνα με έρευνα του 2020, στους πληθυσμούς των δυτικών χωρών ο αριθμός των ατόμων που επιβιώνουν αφού έχουν διαγνωστεί με καρκίνο (δηλ. ο καρκινικός επιπολασμός) αυξάνεται κατά περίπου 3% ετησίως. Σήμερα αντιπροσωπεύουν σε αρκετές χώρες πάνω από το 5% του συνολικού πληθυσμού. Αυτό σημαίνει 12 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη.

Προς αυτήν την κατεύθυνση, εμείς στο Ευρωκοινοβούλιο, ολοκληρώσαμε τη δουλειά μας. Είμαι περήφανη που ήμουν μέλος της Ειδικής Επιτροπής Καταπολέμησης του Καρκίνου. Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου αποτελεί την απάντηση της ΕΕ όσον αφορά στην πρόληψη, τη θεραπεία και τη φροντίδα του καρκίνου, καθώς αναγνωρίζει τις αυξανόμενες προκλήσεις αλλά και τις ευκαιρίες αντιμετώπισής τους, συμπεριλαμβανομένων των εξελίξεων στον τομέα της φροντίδας για τον καρκίνο.

Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου βασίζεται στην πρόληψη, στην έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση, στην έγκαιρη παρέμβαση, στη θεραπεία και τη φροντίδα και στην πρόσβαση για καλύτερη θεραπεία για όλους. Αλλά και στη διασφάλιση της ποιότητας ζωής μετά τον καρκίνο, για τους ασθενείς, επιζώντες και φροντιστές τους.

Υπό αυτές τις παραμέτρους, το σχέδιο δράσης διαρθρώνεται γύρω από τέσσερις βασικούς τομείς δράσης με 10 εμβληματικές πρωτοβουλίες και πολλαπλές υποστηρικτικές δράσεις. Θα υλοποιηθεί με τη χρήση ολόκληρου του φάσματος των χρηματοδοτικών μέσων της Επιτροπής, με τη διάθεση συνολικού ποσού 4 δισεκατομμυρίων ευρώ για δράσεις που αφορούν τον καρκίνο, μεταξύ άλλων από το πρόγραμμα EU4Health, το πρόγραμμα Horizon Europe και το πρόγραμμα Digital Europe. Ωστόσο, οι δύο κύριες οριζόντιες παράμετροι που πρέπει να αναφερθούν είναι οι συντονισμένες ενέργειες και η χρήση ψηφιακών εργαλείων.

Όπως αναφέρει η Κομισιόν, για τη στήριξη των νέων τεχνολογιών, της έρευνας και της καινοτομίας, αναμένεται να δρομολογηθεί ένα νέο κέντρο γνώσης για τον καρκίνο, το οποίο αναμένεται να συμβάλει στον συντονισμό των επιστημονικών και τεχνικών πρωτοβουλιών που σχετίζονται με τον καρκίνο σε επίπεδο ΕΕ. Επιπροσθέτως, θα αναληφθεί μια ευρωπαϊκή πρωτοβουλία για την απεικόνιση του καρκίνου, στόχος της οποίας είναι η στήριξη της ανάπτυξης νέων εργαλείων με τη βοήθεια υπολογιστή για τη βελτίωση της εξατομικευμένης ιατρικής αλλά και των καινοτόμων λύσεων.

Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στα παιδιά μέσω της δρομολόγησης της πρωτοβουλίας «Βοήθεια στα παιδιά με καρκίνο», ώστε να διασφαλιστεί ότι θα έχουν πρόσβαση σε ταχεία και βέλτιστη ανίχνευση, διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα. Τέλος, για τον εντοπισμό των τάσεων, των διαφοροποιήσεων και των ανισοτήτων μεταξύ των κρατών μελών και των περιφερειών, δημιουργήθηκε το 2021 το Μητρώο Καρκινικών Ανισοτήτων.

Ωστόσο, αυτό που έχει ζωτική σημασία είναι η εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Σχεδίου για την Καταπολέμηση του Καρκίνου. Ως προς αυτήν την κατεύθυνση υπάρχουν τα τρία βήματα που πρέπει να γίνουν για να διασφαλιστεί ότι επιτυγχάνεται ο απαιτούμενος αντίκτυπος και υλοποιούνται οι ουσιαστικές αλλαγές πολιτικής επιτυχώς.

Πιο συγκεκριμένα:

1. Βασικό στοιχείο της επιτυχίας του προγράμματος υπήρξε η ανταλλαγή εμπειριών και γνώσεων αναφορικά με τη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο. Η περιφερειακή ανταγωνιστικότητα και η διασυνοριακή συνεργασία θα παρέχουν στους ερευνητές και τους κλινικούς ιατρούς τη δυνατότητα πρόσβασης σε γονιδιωματικά δεδομένα που αφορούν ολόκληρη την ΕΕ, αλλά και ανάλυσης και σύγκρισης γενετικών και κλινικών πληροφοριών των ασθενών. Η διασυνοριακή συνεργασία είναι μια από τις κύριες παραμέτρους που θα οδηγήσουν στην επιτυχία.
2. Επιπλέον, η καινοτομία στα φάρμακα είναι σημαντική. Τα εξατομικευμένα αντικαρκινικά σκεύασματά μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την πρόληψη, την ανίχνευση και την πρόγνωση των περιστατικών καρκίνου και να μειώσουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών. Πρέπει να αποφύ-



γουμε τις #me_too θεραπείες. Πρέπει να δουλέψουμε, όχι σε παρόμοια φάρμακα χωρίς πραγματική προστιθέμενη αξία για τους ανθρώπους που πολεμούν τον καρκίνο, αλλά να επικεντρώσουμε την προσπάθειά μας σε πραγματικά καινοτόμους θεραapiες και εξατομικευμένα αντικαρκινικά φάρμακα προκειμένου να νικήσουμε τον καρκίνο. Υπό αυτό το πρίσμα, η χρηματοδότηση για E&A είναι πραγματικά σημαντική. Επομένως, πρέπει να εξορθολογήσουμε και να δημιουργήσουμε πρόσθετο αντίκτυπο στη χρήση των υφιστάμενων χρηματοοικονομικών εργαλείων για να έχουμε πραγματικές καινοτόμους θεραapiες.

3. Η τελευταία παράμετρος είναι η έγκαιρη ανίχνευση, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσω:
 - Των προγραμματιών εμβολιασμού. Η ελληνική κυβέρνηση προχωρά γρήγορα προς αυτήν την κατεύθυνση. Ωστόσο, επειδή πιστεύω ότι πρέπει να λειτουργούμε επί του παραδείγματος, θα ήθελα να σας αναφέρω ότι έχω δύο παιδιά, ένα κορίτσι και ένα αγόρι, ετών 13, που έχουν εμβολιαστεί και τα δύο για τον HPV. Πιστεύω λοιπόν ότι είναι σημαντικό να προχωρήσουμε σε εθνικό επίπεδο σε ένα πρόγραμμα εμβολιασμού για τον HPV σε κορίτσια και αγόρια.
 - Δωρεάν προληπτικού ελέγχου στη μέση ηλικία
 - Της ευαισθητοποίησης, ειδικά αν θέλουμε να προωθήσουμε τον Ευρωπαϊκό Κώδικα Κατά του Καρκίνου.

Επιτρέψτε μου τώρα να αναφερθώ σε κάτι πολύ επίκαιρο και σχετικό με τη συζήτησή μας. Ο Κανονισμός για τις κλινικές δοκιμές τέθηκε σε ισχύ την 31η Ιανουαρίου 2022. Στόχος του είναι να εξασφαλίσει ότι η ΕΕ προσφέρει ένα ελκυστικό και ευνοϊκό περιβάλλον για τη διεξαγωγή κλινικών ερευνών μεγάλης κλίμακας, με υψηλά πρότυπα δημόσιας διαφάνειας και ασφάλειας για τους συμμετέχοντες σε κλινικές δοκιμές.

Ο Κανονισμός δίνει τη δυνατότητα στους αναδόχους να υποβάλλουν αίτηση ηλεκτρονικά μέσω μιας ενιαίας διαδικτυακής πλατφόρμας γνωστής ως Πληροφοριακό Σύστημα Κλινικών Δοκιμών (CTIS), για έγκριση της διεξαγωγής κλινικών δοκιμών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, καθιστώντας τη διεξαγωγή τέτοιων πολυεθνικών δοκιμών αποτελεσματικότερη.

Ο Κανονισμός, μέσω του Πληροφοριακού Συστήματος Κλινικών Δοκιμών, καθιστά επίσης για τα κράτη μέλη της ΕΕ την από κοινού αξιολόγηση και έγκριση αποτελεσματικότερη. Σκοπός είναι η προώθηση της καινοτομίας και της έρευνας στην ΕΕ, διευκολύνοντας τη διεξαγωγή μεγαλύτερων κλινικών δοκιμών σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ/χώρες του ΕΟΧ.

Αλλα βασικά οφέλη του Κανονισμού περιλαμβάνουν:

- Βελτίωση της ανταλλαγής πληροφοριών και της συλλογικής λήψης αποφάσεων που αφορούν τις κλινικές δοκιμές.
- Αύξηση της διαφάνειας των πληροφοριών που αφορούν τις κλινικές δοκιμές.
- Διασφάλιση υψηλών προτύπων ασφάλειας για όλους τους συμμετέχοντες σε κλινικές δοκιμές στην ΕΕ

Επιτρέψτε μου να δηλώσω ότι πρόκειται για μια τεράστια ευκαιρία. Η μετατροπή της Ελλάδας σε κόμβο κλινικών δοκιμών θα είχε τεράστιο κοινωνικό, επιστημονικό και οικονομικό αντίκτυπο. Σύμφωνα με μελέτη της PwC, μια επένδυση 0,5 δις ευρώ στην E&A της φαρμακοβιομηχανίας, ιδίως στον τομέα των κλινικών δοκιμών, θα μπορούσε να οδηγήσει σε:

- Αύξηση του ελληνικού ΑΕΠ κατά 1 δις ευρώ
- 180 εκατ. € έσοδα από φόρους
- 23.000 νέες θέσεις εργασίας

Ολοκληρώνω λέγοντας ότι η συλλογή πληροφοριών γύρω από την πολιτική και την ανάπτυξη δεξιοτήτων με σκοπό να αυξηθεί ο αντίκτυπος είναι συλλογική άσκηση. Αυτό σημαίνει ότι βρισκόμαστε στον σωστό δρόμο για την περαιτέρω ανάπτυξη των εξαιρετων θεμελίων που δημιουργήθηκαν από τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς για τον καρκίνο. Το σημαντικότερο βήμα που έχουμε κάνει μέχρι στιγμής είναι ότι ολόκληρη η κοινότητα των ασθενών με καρκίνο σε όλη την Ευρώπη συμμετείχε στον σχεδιασμό και θα συμμετάσχει στην υλοποίηση του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου. Αυτή η προσέγγιση θα βοηθήσει να «διορθωθούν τα πράγματα εξ' αρχής», δοκιμάζοντας διάφορες προτάσεις και αποφεύγοντας να επανεφεύρουμε τον τροχό. ●



Sibilja Quilici

Γενική διευθύντρια, Vaccines Europe
Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων και Συνδέσμων (EFPIA)

Ο καρκίνος προκαλεί 1 στους 4 θανάτους, όπως δήλωσε σήμερα το πρωί η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Υγείας Στέλλα Κυριακίδου. Βρίσκεται στη δεύτερη θέση των κύριων αιτιών θανάτου, ασθένειας και αναπηρίας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και αν εξετάσουμε μόνο τα στοιχεία για το 2020, θα δούμε ότι 2,7 εκατομμύρια άτομα στην ΕΕ διαγνώστηκαν με καρκίνο, ενώ 1,3 εκατομμύρια πέθαναν εξαιτίας του. Παράλληλα, εκτιμάται ότι έως το 2035 θα έχουμε μια αύξηση της τάξεως του 24%. Το συνολικό κόστος και ο οικονομικός αντίκτυπος των παραπάνω ξεπερνούν τα 100 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως.

Από τους καρκίνους, το 13% αυτών που διαγιγνώσκονται ετησίως αποδίδονται σε καρκινογόνους λοιμώξεις οφειλόμενες σε ιούς και βακτήρια. Και μεταξύ των σημαντικότερων λοιμώξεων που συνδέονται με καρκίνους είναι αυτές που προκαλεί ο HPV, ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, καθώς και η ηπατίτιδα Β. Οι λοιμώξεις από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του κόλπου, του αιδοίου, του πρωκτού, του πέους και του στοματοφάρυγγα, σε άνδρες και γυναίκες, ενώ η ηπατίτιδα Β μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του ήπατος.

Εστιάζοντας στην Ευρώπη, για παράδειγμα, θα παρατηρήσουμε 53.000 νέους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας ετησίως, που αποδίδονται σε λοιμώξεις από τον ιό HPV, και 60.000 θανάτους ετησίως που αποδίδονται σε καρκίνους του ήπατος.

Και αν δούμε τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν την Ελλάδα, μόνο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, για παράδειγμα, έχουμε περίπου 700 νέα περιστατικά ετησίως, που κατατάσσουν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στη 10η θέση μεταξύ των κύριων μορφών γυναικείου καρκίνου στην Ελλάδα και στην 3η κατά σειρά πιο συχνή μορφή καρκίνου σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 15 και 44 ετών.

Εντούτοις, αυτό που είναι σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι στην πραγματικότητα και οι δύο αυτές λοιμώξεις, της ηπατίτιδας Β και του HPV, μπορούν να προληφθούν αποτελεσματικά με πρωτογενή πρόληψη, όπως ο εμβολιασμός. Μόνο ο εμβολιασμός μπορεί πραγματικά να θεωρηθεί ότι προλαμβάνει αποτελεσματικά αυτούς τους καρκίνους, βάσει βραχυπρόθεσμης αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας. Εξαιρετικά αποτελεσματικά εμβόλια κατά της ηπατίτιδας Β είναι διαθέσιμα εδώ και αρκετές δεκαετίες και πολλές ευρωπαϊκές χώρες προσφέρουν τον

εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β στο πλαίσιο των προγραμμάτων εμβολιασμού ρουτίνας για παιδιά και ενήλικες. Αντιστοίχως, έχει διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού κατά του HPV και η εξ αυτού προστασία από λοιμώξεις προκαλούμενες από τον HPV, κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων και τραχηλικές αλλοιώσεις υψηλού βαθμού, συμπεριλαμβανομένου του μειωμένου κινδύνου για διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Έτσι, ο εμβολιασμός αποτελεί πράγματι μια συγκεκριμένη, καλά αξιολογημένη πρωτογενή μορφή πρόληψης που έχει σημαντική αξία για τη δημόσια υγεία και η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού, με την κατάλληλη υποστήριξη, την κατάλληλη επένδυση και υποδομή, ώστε να διασφαλιστεί η απόδοση των προγραμμάτων αυτών. Και όταν μιλάμε για απόδοση των προγραμμάτων, εννοούμε υψηλό επίπεδο συμμόρφωσης του πληθυσμού, που μεταφράζεται σε υψηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης.

Ωστόσο, η ανισότητα και οι αποκλίσεις εξακολουθούν να υφίστανται στην Ευρώπη, τόσο σε σχέση με τα εμβόλια κατά του HPV όσο και σε σχέση με αυτά κατά της ηπατίτιδας Β. Αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί, διότι όντως οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά καρκίνου σχετιζόμενου με τον HPV, ιδίως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας –περισσότερα περιστατικά και υψηλότερη θνησιμότητα–, ενώ όσον αφορά την ηπατίτιδα Β υπάρχει σημαντικός αριθμός απροστάτευτων ενηλίκων που δεν εμβολιάστηκαν στο πλαίσιο των προγραμμάτων παιδικού εμβολιασμού, καθώς το ποσοστό κάλυψης εξακολουθεί να μην είναι το βέλτιστο βάσει κινδύνου σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Θα σας δώσω ένα πολύ πιο συγκεκριμένο παράδειγμα της όλης κατάστασης. Ο εμβολιασμός κατά του ιού HPV είναι διαθέσιμος από το 2006. Η άδεια κυκλοφορίας αυτών των εμβολίων χορηγήθηκε το 2006. Όμως, 15 και πλέον χρόνια αργότερα, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες μόλις και μετά βίας καταφέρνουν να επιτύχουν ένα σημαντικό ποσοστό κάλυψης για την προστασία του πληθυσμού-στόχου. Μάλιστα, τις περισσότερες φορές δεν υπάρχει επαρκής παρακολούθηση του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης.

Δυστυχώς, όταν εξετάζουμε την Ελλάδα για παράδειγμα, αν και τα δεδομένα δεν είναι εύκολο να βρεθούν, βλέπουμε ότι το ποσοστό εμβολιαστικής



κάλυψης κατά του HPV είναι επίσης χαμηλό. Εκτιμάται ότι είναι περίπου 30-40% και ο επιπολασμός του HPV παραμένει υψηλός. Η έλλειψη ανθεκτικότητας των προγραμμάτων εμβολιασμού έναντι των μεταβαλλόμενων συνθηκών είναι επίσης σημαντικό να αντιμετωπιστεί, διότι αν παρατηρήσουμε τι συνέβη με την πανδημία της covid-19 για παράδειγμα, βλέπουμε ότι παρακώλυσε σημαντικά τον εμβολιασμό ρουτίνας στα παιδιά, τους εφήβους αλλά και τους ενήλικες. Και είδαμε, όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη κατά του HPV στην Ελλάδα, η οποία ήδη δεν ήταν η ιδανική, μια πτώση των εμβολιασμών κατά 45%.

Έτσι, στο ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου, το οποίο θέτει σαφείς στόχους για τον εμβολιασμό κατά του HPV, με ποσοστό κάλυψης 90% για τα κορίτσια και αύξηση του εμβολιασμού για τα αγόρια έως το 2030, με στόχο την εξάλειψη των καρκίνων που σχετίζονται με τον HPV, αλλά και τη βελτίωση της πρόσβασης σε εμβόλια και του εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β προκειμένου να μειωθεί ο ηπατικός καρκίνος, αυτοί οι στόχοι αποτελούν μοναδική ευκαιρία για την εξάλειψη των καρκίνων που μπορούν να προληφθούν μέσω του εμβολιασμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Επιπλέον, το σχέδιο για τον καρκίνο αναφέρει ότι ειδικά κονδύλια της Ένωσης θα στηρίξουν την προσπάθεια των κρατών μελών να επεκτείνουν τον εμβολιασμό ρουτίνας κατά του HPV σε αγόρια και κορίτσια, προκειμένου να εξαλειφθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και άλλοι καρκίνοι που προκαλούνται από τον HPV, κάτι που συνδέεται πλήρως με τον στόχο που έχει θέσει ο ΠΟΥ και ο οποίος απαιτεί την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έως το 2030.

Επίσης, η πρόσφατα ανακοινωθείσα κοινή δράση για τον εμβολιασμό, με σκοπό την υποστήριξη των κρατών μελών ώστε να αυξήσουν την κατανόηση και την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τον ιό HPV και να προωθήσουν τον εμβολιασμό, δείχνει και πάλι την προθυμία της ΕΕ να υποστηρίξει τα κράτη μέλη στην εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού κατά των καρκίνων που προκαλούνται από λοιμώξεις.

Οι δράσεις αυτές συμβάλλουν πραγματικά στην επίτευξη των βασικών στόχων του σχεδίου για τον καρκίνο, δηλαδή την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω του εμβολιασμού κατά του HPV.

Επομένως, η δράση των κρατών μελών είναι ουσιαστικής σημασίας. Είναι σημαντικό τα κράτη μέλη να επικαιροποιήσουν τα εθνικά σχέδια και τη στρατηγική τους για τον έλεγχο του καρκίνου, ώστε αυτά να αντικατοπτρίζουν τους στόχους και τους σκοπούς του Ευρωπαϊκού Σχεδίου για τον Καρκίνο, να αξιοποιήσουν όλα τα διαθέσιμα χρηματοδοτικά μέσα της ΕΕ για την υλοποίηση δράσεων σε εθνικό επίπεδο, και να δώσουν προτεραιότητα στον εμβολιασμό ρουτίνας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, ώστε να συμπεριληφθούν εμβόλια κατά των νοσημάτων που μπορούν να προληφθούν και κατά του καρκίνου, που σημαίνει εμβολιασμούς που θα υπερβαίνουν τον παιδιατρικό, με επαρκή στήριξη

του εμβολιαστικού προγράμματος των εφήβων και των ενήλικων, ώστε να διασφαλίσουμε βιώσιμες επιδόσεις, συμπεριλαμβανομένων πλήρως ενημερωμένων, αξιόπιστων συστημάτων δεδομένων για την εφαρμογή των μέτρων δημόσιας υγείας, από την πρόληψη έως τη φροντίδα των καρκίνων και των νοσημάτων που σχετίζονται με τον ιό HPV. Χρειαζόμαστε δεδομένα, χρειαζόμαστε έγκαιρη παρακολούθηση του εμβολιασμού, χρειαζόμαστε έγκαιρη παρακολούθηση της νόσου και σε αυτό το πλαίσιο τα αξιόπιστα συστήματα δεδομένων είναι ζωτικής σημασίας.

Τέλος, όλοι μας οφείλουμε να συμμετέχουμε ενεργά στην καταπολέμηση της ηπατίτιδας, επιτυγχάνοντας την πρωτογενή πρόληψη και άρα τον στόχο του εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β.

Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να τονίσω το εξής: η εξάλειψη των προερχόμενων από λοιμώξεις καρκίνων είναι εφικτή για όλες τις χώρες. Μέσω της ευρείας διάδοσης του εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β και του HPV, του προληπτικού ελέγχου και των θεραπειών, τα αγόρια και τα κορίτσια που γεννιούνται σήμερα θα ζήσουν για να δουν έναν κόσμο απαλλαγμένο από αυτούς τους καρκίνους και αυτή είναι μια μοναδική ευκαιρία. ●



Tit Albrecht

Επικεφαλής Κέντρου Υγειονομικής Περιθάλψης
Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας της Σλοβενίας

Ακούσαμε πολλά για το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου και θα ήθελα να μοιραστώ τις σκέψεις μου σχετικά με τον πιθανό αντίκτυπό του.

Είναι η πρώτη φορά που η Ευρωπαϊκή Ένωση αναλαμβάνει δράση προωθώντας την υπερεθνική συνεργασία και δικτύωση, στο πλαίσιο μιας προσέγγισης από πάνω προς τα κάτω τόσο σε διαρθρωτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο υποδομών. Είχαμε βεβαίως και παλαιότερα πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία, διότι αυτές εμπίπτουν κυρίως στη δικαιοδοσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, αλλά αυτήν τη φορά πρόκειται για κάτι που αφορά τις υποδομές και παράλληλα δίνει προτεραιότητα στις εθνικές πολιτικές για τον καρκίνο.

Πολύ σημαντικό επίσης είναι ότι κάποιες φορές υπήρξαν ειρωνικά σχόλια για τις πρωτοβουλίες της ΕΕ, του τύπου: «μας ζητάτε να κάνουμε πολλά, αλλά δεν δικαιολογείται, καθώς υπάρχει πακτωλός χρημάτων και η Επίτροπος αναφέρθηκε τόσο στα κονδύλια όσο και στις προσεγγίσεις, αλλά και τις συγκεκριμένες ευκαιρίες που ανοίγονται για τη χρηματοδότηση πρωτοβουλιών πολιτικής και έρευνας.

Εμφανώς τώρα υπάρχει ακόμα μεγαλύτερη ανάγκη για ένα σχέδιο κατά του καρκίνου σε εθνικό επίπεδο. Οι λόγοι είναι πολύ απλοί. Πρέπει να διαρθρώσουμε τις διαδικασίες, τις δραστηριότητες και κυρίως τις ανάγκες των ασθενών. Εάν χαρτογραφήσουμε τις ανάγκες των ασθενών σε ολόκληρη την πορεία του καρκίνου, η οποία ξεκινά από την ενημέρωση, την έγκαιρη ανίχνευση και την πρόληψη και φτάνει έως την παρηγορητική φροντίδα και τις προκλήσεις της επιβίωσης, θα μπορέσουμε στη συνέχεια να εντοπίσουμε τα κενά και τις προτεραιότητες.

Υπήρξαν καθυστερήσεις στην έγκαιρη διάγνωση, τον προσυμπτωματικό έλεγχο, τον εντοπισμό των συμπτωμάτων και την περίθαλψη γενικότερα. Σε πολλές χώρες αποφεύχθηκε η επίδραση της πανδημίας στην αντιμετώπιση των ογκολογικών περιστατικών και η χώρα μου, αν και μικρή, κατάφερε να διατηρήσει τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου στο προ πανδημίας επίπεδο. Αλλά αυτό απαιτείσε μεγάλη προσπάθεια. Παρουσιάστηκαν προβλήματα σε υπηρεσίες που προηγουμένως λειτουργούσαν κανονικά. Υπήρξαν καθυστερήσεις εξαιτίας όσων κληρονομήσαμε από το παρελθόν και, δυστυχώς, λίστες αναμονής.

Το ερώτημα που τίθεται είναι πώς μετράμε, πώς αξιολογούμε ένα σχέδιο για τον καρκίνο και ποια εργαλεία διαθέτουμε για να το κάνουμε. Λοιπόν, οποιοσδήποτε ασχολείται με τη διαχείριση έργων θα σας πει ότι αν δεν μετράμε, δεν έχει καν νόημα αυτό που κάνουμε και ότι σε αυτό το πλαίσιο υπάρχουν κάποια σημαντικά ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν:

Ρεαλιστικοί στόχοι, ξεκάθαροι στόχοι· όχι φανταστικοί στόχοι, αλλά επιτεύξιμοι. Καθορισμός προτεραιοτήτων. Δεν μπορούμε να κάνουμε τα πάντα σε πέντε χρόνια, πρέπει να αφήσουμε κάποια πράγματα για αργότερα. Ειδικότερα, εντοπισμός των κενών, ιδιαίτερη έμφαση στα μπτρώα, την επιβίωση και την ποιότητα σε όλες τις πτυχές του ελέγχου του καρκίνου. Ό,τι και να ειπωθεί για αυτά δεν είναι αρκετό. Τέλος, ενεργός εμπλοκή και συμμετοχή των ασθενών σε όλες τις φάσεις της διαδικασίας.

Είμαι αυτός που συνήθως δηλώνει πόσο επιτυχημένη μπορεί να είναι η συνεργασία για την εκπόνηση έργων σε ευρωπαϊκό επίπεδο και με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Έχουμε εκτελέσει τρία επιτυχημένα προγράμματα κοινής δράσης. Το πρώτο είχε ως αποτέλεσμα την έκδοση του Ευρωπαϊκού Οδηγού για ποιοτικά εθνικά προγράμματα ελέγχου του καρκίνου, ο οποίος περιλαμβάνει μια προτεινόμενη δομή των κατευθυντήριων οδηγιών του εθνικού ολοκληρωμένου δικτύου για τον καρκίνο (NCCN) αλλά και δείκτες για την παρακολούθηση της πορείας υλοποίησής του.

Ο οδηγός παρέχεται δωρεάν, μαζί με κατευθυντήριες οδηγίες από την ομάδα που τον εκπόνησε για το πώς χρησιμοποιείται, και είναι πολύ χρήσιμος ως προσανατολισμός. Δεν τον αποκαλούμε υπόδειγμα, διότι δεν είναι.

Η επόμενη κοινή δράση που αναμένεται να ξεκινήσει το πρώτο εξάμηνο το 2023 θα επικαιροποιήσει τόσο τον οδηγό όσο και τους δείκτες. Πιστεύω ότι έχουμε συναντήσει τόσο πολλές προκλήσεις σε σχέση με την εγγραμματοσύνη υγείας, ώστε ορισμένα από τα παλιά μας πρότυπα να μη λειτουργούν πλέον αποτελεσματικά. Είδαμε αρνητισμό, ψευδείς πληροφορίες, αντιεμβολιαστικά κινήματα. Δεν θέλουμε όλα αυτά, τα οποία αποτελούν δοκιμασίες για το πώς αντιλαμβανόμαστε την πληροφόρηση του κοινού όσον αφορά την αλήθεια, να «μολύνουν» τον αγώνα μας κατά του καρκίνου. Εν μέρει, είχαμε αντιμετωπίσει παρόμοια ζητήματα όταν κληθήκαμε



να διαχειριστούμε την ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα. Οφείλουμε να είμαστε πολύ προσεκτικοί. Στην προηγούμενη ομιλία αναφέρθηκαν οι φιλοδοξίες για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Για να πετύχουμε κάτι τέτοιο χρειαζόμαστε την πλήρη συνεργασία του εκάστοτε πληθυσμού. Δεν επιτρέπεται να έχουμε αυτές τις μεγάλες διαφοροποιήσεις που κάποιες φορές βιώσαμε με τους εμβολιασμούς κατά της covid· πρέπει όλοι μαζί να συμμετέχουμε στην προσπάθεια. ●



Mark Lawler

Συμπρόεδρος, Ειδικό Δίκτυο για τον Αντίκτυπο της Covid-19 στον Καρκίνο
Ευρωπαϊκός Οργανισμός για τον Καρκίνο (E.C.O. – European Cancer Organization)

Σκεδόν πριν από δύο χρόνια έχασα τον θείο μου από covid. Ένας συνάδελφός μου στην Κροατία, ο Eduard Vrdjoliak, επικοινωνήσασε μαζί μου για να με συλλυπηθεί για την απώλειά μου. Αλλά παράλληλα μου είπε και κάτι που εξακολουθεί να έχει απήχηση μέχρι σήμερα: στην Κροατία «οι άνθρωποι φοβούνται τη διάγνωση για covid-19 περισσότερο από τη διάγνωση για καρκίνο». Ως επιστήμονας, συλλογίστηκα τα λεγόμενά του και αναρωτήθηκα: υπήρχαν κάποια στοιχεία που να υποστηρίζουν ή να διαψεύδουν τον ισχυρισμό του; Έτσι, ξεκίνησε ένα ταξίδι σαν σε τρενάκι του τρόμου που με οδήγησε (εικονικά, έστω), μεταξύ άλλων, στο Γραφείο της Προεδρίας της Κυβερνήσεως του Ηνωμένου Βασιλείου, στον ΠΟΥ Ευρώπης και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.

Δουλεύοντας πάνω σε δεδομένα που συλλέξαμε από όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, γρήγορα διαπιστώσαμε ότι η πανδημία είχε καταστροφικό αντίκτυπο στους ασθενείς με καρκίνο και σε όσους διέτρεχαν τον κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο. Μέσω ενός συνδυασμού «μη προσέλευσής τους» από φόβο μήπως προσβληθούν από covid και μείωσης των υπηρεσιών ώστε να συμμορφώνονται με τις συστάσεις των κυβερνητικών και επαγγελματικών οργανώσεων, διαπιστώσαμε ότι, στη χειρότερη περίπτωση, επτά στους δέκα πολίτες του Ηνωμένου Βασιλείου με υποψία καρκίνου δεν παραπέμπονταν για περαιτέρω αξιολόγηση σε ειδικές υπηρεσίες διάγνωσης του καρκίνου, ενώ τέσσερις στους δέκα ασθενείς με καρκίνο στο Ηνωμένο Βασίλειο είτε έχαναν τα ραντεβού για χημειοθεραπεία είτε δεν λάμβαναν χημειοθεραπεία την κατάλληλη στιγμή, καθώς το NHS (αγγλικό ΕΣΥ) είχε μετατραπεί σε υπηρεσία ελέγχου λοιμώξεων. Τα δεδομένα μας βοήθησαν να πείσουμε τους υπεύθυνους υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο να αποκαταστήσουν τις υπηρεσίες για τον καρκίνο.

Η αποδιοργάνωση παρατηρήθηκε σε όλη την πορεία του καρκίνου – καθυστερήσεις στην έγκαιρη επίσκεψη και διάγνωση, καθώς και στον αντίκτυπο των θεραπειών του καρκίνου. Σημαντικός ήταν και ο αντίκτυπος στις κλινικές δοκιμές και στην έρευνα για τον καρκίνο. Ο αντίκτυπος στις υπηρεσίες για τον καρκίνο υπήρξε καταστροφικός – μείωση >90% στις εξετάσεις ενδοσκοπικής (10.476 ενδοσκοπήσεις το 2020 έναντι 110.584 το 2019). Εξετάσαμε επίσης τον κίνδυνο αυξημένης θνησιμότητας σε ένα σύνολο δεδομένων σχεδόν 4 εκατομμυρίων Άγγλων πολιτών. Μοντελοποιήσαμε διαφορετικά σενάρια για να προσδιορίσουμε τους αυξημένους –εξαιτίας της

πανδημίας– θανάτους από καρκίνο και καταλήξαμε στον εντυπωσιακό αριθμό των λίγο άνω των 7.000 έως σχεδόν 18.000 επιπλέον θανάτων για άτομα με καρκίνο.

Σε γενικές γραμμές, έχουμε σημειώσει σημαντική πρόοδο στις προσπάθειές μας να μειώσουμε την επιβάρυνση της συγκεκριμένης θανατηφόρου ασθένειας. Αλλά είναι σαν να κάνουμε ένα βήμα μπροστά και δύο βήματα πίσω. Αν εξετάσουμε την προσδοκώμενη επιβίωση στα 5 έτη, ό,τι έχουμε επιτύχει σε δύο δεκαετίες μπορεί να καταρρεύσει σε 2 μήνες! Για ορισμένους καρκίνους, όπως του παχέος εντέρου, η πανδημία μπορεί να μας πηγή πίσω σχεδόν μια δεκαετία. Η λίστα με τα εκκρεμή περιστατικά καρκίνου γίνεται όλο και μεγαλύτερη. Η απλή επιστροφή σε αυτό που προηγουμένως ήταν το φυσιολογικό δεν θα είναι αρκετή. Μπορεί να χρειαστεί να εργαστούμε στο 130% των δυνατοτήτων μας για να αντιμετωπίσουμε όλα τα εκκρεμή περιστατικά.

Τα δεδομένα μας βοηθούν επίσης να υποστηρίξουμε αυτήν την ανάκαμψη. Η ανάλυση των δεδομένων μας έχει δείξει ότι η χρήση της Ανοσοχημικής Δοκιμασίας Κοπράνων (FIT) μπορεί να σώσει ζωές, αλλά και να περιορίσει το κόστος, βοηθώντας να αποφευχθεί σχεδόν το 90% των πιθανών αυξημένων θανάτων, μειώνοντας παράλληλα την ανάγκη για κολοноσκόπηση κατά >80%, άρα κατ' επέκταση την επιβάρυνση των ήδη καταπονημένων συστημάτων υγείας μέσω της προτεραιοποίησης των αντίστοιχων εξετάσεων για όσους τις έχουν άμεση ανάγκη, και διασφαλίζοντας έτσι τη μείωση των καθυστερήσεων στην προσέλευση και τη διάγνωση των ασθενών.

Παρουσιάσαμε τα δεδομένα μας στον ΠΟΥ Ευρώπης και στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για τον Καρκίνο (E.C.O.), τον μεγαλύτερο διεπαγγελματικό οργανισμό της Ευρώπης για τον καρκίνο. Αυτά τα δεδομένα ήταν τόσο αδιάσειστα, που ο E.C.O. αμέσως δημιούργησε ένα Ειδικό Δίκτυο για τον Αντίκτυπο της Covid-19 στον Καρκίνο (Special Network on the Impact of Covid-19 on Cancer), στο οποίο έχω το προνόμιο να συμπροεδρεύω με την Ολλανδή συνάδελφο Mirjam Crul, η οποία εργάζεται στην πρώτη γραμμή της προσπάθειας για το εμβόλιο κατά της covid. Συγκεντρώσαμε ταχύτατα εμπειρογνώμονες από ολόκληρη την Ευρώπη και εκπονήσαμε ένα σχέδιο 7 σημείων για να μετριάσουμε τις επιπτώσεις της covid στους πάσχοντες από καρκίνο και στις αντίστοιχες υπηρεσίες. Το μήνυμά μας –και κυρίως

η έκκλησή μας προς εσάς- είναι ότι ο καρκίνος δεν πρέπει να γίνει το ξεχασμένο «Κ» στον αγώνα κατά της κόβιντ.

Ο καρκίνος οφείλει να βρίσκεται στην κορυφή της ατζέντας της ανάκαμψης. Ως εκ τούτου, αποφασίσαμε να δρομολογήσουμε μια εκστρατεία. Την ονομάζουμε “Time To Act”: «Ωρα για δράση – Μην αφήνετε την covid να σας αποτρέψει από την αντιμετώπιση του καρκίνου» (<https://www.europecancer.org/TimeToAct>). Στο πλαίσιο της εκστρατείας αυτής πραγματοποιήσαμε μια πανευρωπαϊκή μελέτη, την οποία παρουσιάσαμε στις 10 Μαΐου του 2021 στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Καταπολέμηση του Καρκίνου και από την οποία προέκυψαν ορισμένα απροσδόκητα αποτελέσματα: α) Οι κλινικοί γιατροί σε ολόκληρη την Ευρώπη είδαν 1,5 εκατομμύριο λιγότερους ασθενείς με καρκίνο κατά το πρώτο έτος της πανδημίας, β) 100 εκατομμύρια τεστ προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πραγματοποιήθηκαν, γ) έως και 1 εκατομμύριο Ευρωπαίοι ενδέχεται να κυκλοφορούν με μη διαγνωσμένο καρκίνο. Βρισκόμαστε πλέον σε έναν αγώνα ενάντια στον χρόνο για να μπορέσουμε να εντοπίσουμε τις διαγνώσεις καρκίνου που χάσαμε. Και δεν είναι μόνο ο αντίκτυπος στους πολίτες και τους ασθενείς. Διαπιστώσαμε ότι τέσσερις στους δέκα επαγγελματίες του τομέα υγείας παρουσίασαν σημαντικά σημάδια άγχους, ενώ τρεις στους δέκα είχαν συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης. Υπογραμμίζουμε αυτά τα δεδομένα και τη σημασία τους σε ένα έγγραφο που δημοσιεύθηκε πρόσφατα στην BMJ Opinion¹.

Ξεκινήσαμε την εκστρατεία “Time To Act” σε ευρωπαϊκό επίπεδο στις Βρυξέλλες πέρυσι με την Επίτροπο Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης Στέλλα Κυριακίδου. Εν κατακλείδι, μην αφήσετε την covid-19 να σας αποτρέψει από την αντιμετώπιση του καρκίνου. Τους τελευταίους 9 μήνες η εκστρατεία “Time To Act” έχει δρομολογηθεί σε εθνικό επίπεδο σε 12 χώρες σε όλη την Ευρώπη. Για τους πολίτες και τους ασθενείς τα μηνύματά μας είναι σαφή. Μην φοβάστε. Οι υπηρεσίες για τον καρκίνο είναι ασφαλείς. Οι άνθρωποι δεν θα πρέπει να διστάζουν να επισκεφθούν τον γιατρό τους εάν παρουσιάσουν συμπτώματα πιθανού καρκίνου (π.χ. όζο στο στήθος, αίμα στα ούρα ή τα κόπρανα, δυσκολία στην κατάποση ή ανεξήγητη απώλεια βάρους). Παρακαλείσθε να τηρείτε τα ραντεβού σας για προσυμπτωματικούς ελέγχους και θεραπεία. Για τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη, οφείλουμε να υποστηρίξουμε την υγεία και την καλή ψυχοσωματική σας κατάσταση με έγκαιρες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης.

Απευθυνόμενοι στους πολιτικούς και τις κυβερνήσεις, είμαστε κατηγορηματικοί. Διανύουμε μια φάση της πανδημίας όπου, με την πρόσφατη άρση

της πλειονότητας των περιορισμών, μαθαίνουμε να ζούμε με την covid. Εδώ στην Ελλάδα, τα τελευταία 20 χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι στην επιβίωση από τον καρκίνο. Αλλά δεν θέλετε δύο δεκαετίες καλής δουλειάς να αναιρεθούν από τα γεγονότα των δύο τελευταίων ετών. Η ώρα για δράση είναι τώρα. Μην καθυστερείτε. Διαφορετικά, η τρέχουσα πανδημία της covid-19 θα οδηγήσει αναπόφευκτα σε μια μελλοντική επιδημία καρκίνου, με καταστροφικές συνέπειες για τους πολίτες της Ελλάδας. Η covid έχει δυστυχώς επισημάνει πόσο εύθραυστες μπορούν να είναι οι υπηρεσίες υγείας κατά του καρκίνου. Οι καθυστερήσεις όσον αφορά την εμφάνιση, τη διάγνωση και τη θεραπεία σε ολόκληρη την Ευρώπη έχουν προκαλέσει σωρεία ζητημάτων που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η επιστροφή σε αυτό που προηγουμένως ήταν φυσιολογικό δεν θα είναι αρκετή, οφείλουμε να αντιμετωπίσουμε τυχόν εκκρεμή περιστατικά και γενικότερα τις όποιες επιπτώσεις της covid στον καρκίνο. Μην αφήσετε τον καρκίνο να γίνει το ξεχασμένο «Κ» στον αγώνα κατά της κόβιντ. ●

¹ «Τα δεδομένα πρέπει να σπρίζουν την απόκρισή μας στον καταστροφικό αντίκτυπο της πανδημίας covid-19 στον καρκίνο» | The BMJ



Kristine Sørensen

Ιδρύτρια, Παγκόσμια Ακαδημία Εγγραμματοσύνης Υγείας
Πρόεδρος, Διεθνής Ένωση Εγγραμματοσύνης Υγείας

Ο Tit Albrecht με ακολουθεί, νομίζω, τα τελευταία 10 χρόνια προσπαθώντας να βάλει την εγγραμματοσύνη υγείας –μπορούμε να τον αποκαλέσουμε και υγειονομικό εγγραμματισμό– στην ατζέντα, ώστε να πετύχουμε σε αυτήν την αποστολή. Όμως, η ΕΕ μάς κατέστησε μέλη μιας άλλης αποστολής, της αποστολής για τον καρκίνο, που ως στόχο έχει να βελτιώσει τη ζωή περισσότερων από 3 εκατομμύρια ανθρώπων ως το 2030 μέσω της πρόληψης αλλά και της θεραπείας, ώστε όσοι πάσχουν από καρκίνο αλλά και οι οικογένειές τους, να ζουν περισσότερο και καλύτερα. Ακούμε από τους συναδέλφους μας εδώ ότι αυτήν τη στιγμή κάνουμε βήματα προς τα πίσω και ότι πρέπει να αλλάξουμε πορεία. Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου (Beat the Cancer Plan) είναι ένα από τα εργαλεία που διαθέτουμε για να αντιστρέψουμε αυτήν την πορεία, δημιουργώντας ένα ακόμα εφελκυστικό προς μια δυνατή Ευρωπαϊκή Ένωση Υγείας και μια ασφαλέστερη, καλύτερα προετοιμασμένη και περισσότερο ανθεκτική ΕΕ.

Στο σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου αναφέρεται η εγγραμματοσύνη υγείας ως προς τον καρκίνο. Τι είναι όμως η εγγραμματοσύνη υγείας; Είναι ένα εύλογο ερώτημα, επειδή για πολλούς ανθρώπους είναι μια νέα έννοια. Στην ουσία πρόκειται για τη γνώση, τα κίνητρα και την ικανότητα των ανθρώπων για να μπορούν να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν, να αξιολογούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες, ώστε να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική τους περιθάλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας στην καθημερινότητά τους: να διατηρούν και να προάγουν την ποιότητα ζωής τους καθ' όλη τη διάρκεια του βίου τους. Βλέπετε, λοιπόν, ότι δεν αρκεί μόνο να έχετε τη γνώση ή να γνωρίζετε για τον καρκίνο, αλλά πρέπει να έχετε και το κίνητρο και τις ικανότητες να ενεργείτε ανάλογα. Και δεν μιλάμε μόνο για τη θεραπεία αλλά και για την πρόληψη – τη διατήρηση της υγείας στην καθημερινή ζωή και όχι μόνο όταν έρχεστε σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας.

Ο τελικός στόχος δεν είναι η υγεία αλλά η ποιότητα ζωής. Και νομίζω ότι αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν μιλάμε για τον καρκίνο και τις αποφάσεις που πρέπει να λαμβάνονται σε όλη την πορεία του.

Από τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα έχουμε διαπιστώσει ότι η εγγραμματοσύνη υγείας ή η έλλειψη αυτού, ή η ημιμάθεια σε ό,τι αφορά την υγεία, έχει καθοριστικό αντίκτυπο στις δραστηριότητες που

σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της καλής υγείας. Αφορά την κατανόηση και την ερμηνεία πληροφοριών για την υγεία, για παράδειγμα πληροφοριών που δίνονται από τις αρχές. Αφορά την αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας, τη λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία και τη δέσμευση έναντι των αποφάσεων αυτών (π.χ. «Θα ακολουθήσω τη θεραπεία»), τη διαχείριση της υγείας και της φροντίδας του εαυτού, καθώς και την πλοήγηση στις υπηρεσίες υγείας.

Νομίζαμε ότι στην Ευρώπη οι επιδόσεις μας ήταν καλές. Δυστυχώς, αυτό δεν είναι αλήθεια. Πιστεύουμε ότι στην Ευρώπη έχουμε καλά εκπαιδευτικά συστήματα, έχουμε σπουδαία συστήματα υγείας και σπουδαία κοινωνικά συστήματα που μας υποστηρίζουν. Ωστόσο, είδαμε σε μια πρόσφατη μελέτη για την εγγραμματοσύνη υγείας, στην οποία συμμετείχαν 17 χώρες, ότι κατά μέσο όρο μόνο το 15% τα καταφέρνει εξαιρετικά. Πρόκειται για επαγγελματίες καταναλωτές, επαγγελματίες ασθενείς, οι οποίοι θα βρουν τον δρόμο τους. Το 40% τα καταφέρνει ικανοποιητικά. Μπορεί να είναι λίγο ανήσυχτοι, αλλά τα καταφέρνουν καλά. Το πρόβλημα είναι ότι ένα ποσοστό άνω του 30% αντιμετωπίζει σχετικές δυσκολίες, ενώ το 13% δεν έχει καθόλου δεξιότητες.

Επίσης, βλέπουμε σημαντικές διαφορές εντός και μεταξύ των χωρών. Έτσι, άλλες χώρες έχουν καλύτερες επιδόσεις, άλλες χειρότερες. Και σε ορισμένες περιοχές εντός των χωρών τα πράγματα είναι χειρότερα. Βλέπουμε επίσης ότι ορισμένες ομάδες αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερη επιβάρυνση. Μπορεί να είναι ομάδες εθνοτικών μειονοτήτων, ηλικιωμένοι ή άτομα προβληματικής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης. Αυτές οι ομάδες εμφανίζονται και σε όλες τις άλλες στατιστικές, αλλά κυρίως επωμίζονται το βάρος της χειρότερης και κακής υγείας, της κακής οικονομικής κατάστασης και, στη συνέχεια, της χαμηλής εγγραμματοσύνης υγείας.

Έχουμε κάποια στοιχεία από τις ΗΠΑ που δείχνουν ότι η βελτίωση της εγγραμματοσύνης υγείας θα μπορούσε να αποτρέψει σχεδόν 1 εκατομμύριο επισκέψεις σε νοσοκομεία και να εξοικονομήσει πάνω από 25 δισεκατομμύρια επισώως. Κι αυτό γιατί στις περιφέρειες όπου ο πληθυσμός έχει υψηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας γίνονται 30% περισσότερα εμβόλια κατά της γρίπης, αποφεύγονται πάνω από το 25% των νοσηλειών, επίσης γίνονται 9% λιγότερες επανεισαγωγές και 18% λιγότερες επισκέψεις σε τμήματα επει-

γόντων περιστατικών, ενώ το κόστος της νοσοκομειακής φροντίδας ανά δικαιούχο είναι 13% λιγότερο.

Καταλαβαίνετε λοιπόν ότι ο υγειονομικός εγγραμματισμός είναι υψίστης σημασίας. Δεν έχει αντίκτυπο μόνο στο άτομο, την οικογένειά του και την κοινότητα, αλλά αποτελεί ένα κοινωνικό βάρος – κοινωνικό βάρος που θα μπορούσε να αποφευχθεί και το οποίο οφείλουμε να διαχειριστούμε.

Ορισμένες χώρες το έχουν ήδη κάνει. Έχουν αναπτύξει στρατηγικά, σχέδια δράσης. Ορισμένα παραδείγματα προέρχονται από τη Γερμανία και την Πορτογαλία, ενώ η Σκωτία και η Νορβηγία μόλις πέρυσι ξεκίνησαν ένα τέτοιο πρόγραμμα, όπου η εγγραμματισμένη υγεία αποτελεί προτεραιότητα. Η Αυστρία, για παράδειγμα, είχε θέσει τη μείωση της εγγραμματισμένης υγείας ως έναν από τους 10 εθνικούς στόχους για την υγεία.

Και βλέπουμε, επίσης, συγκεκριμένο αντίκτυπο όταν εξετάζουμε όλο το φάσμα του καρκίνου. Η γνώση του προφίλ του καρκίνου σας, των παραγόντων προδιάθεσης, του τι χρειάζεστε και τι μπορεί να σας επιτρέψει να τον καταπολεμήσετε, επηρεάζει την όλη πορεία του καρκίνου.

Μόλις ακούσαμε για τη δουλειά του Tit Albrecht σχετικά με τα εθνικά σχέδια για τον έλεγχο του καρκίνου, τα ανέλυσα και εγώ μερικά χρόνια πριν από τον κορωνοϊό, και είδαμε ότι 5 χώρες έχουν ήδη συμπεριλάβει την εγγραμματισμένη για τον καρκίνο στα εθνικά τους σχέδια και πλέον έχω κάποιες καλές πληροφορίες ότι θα τον συμπεριλάβουμε και στο νέο κοινό σχέδιο δράσης κατά του καρκίνου.

Πραγματικά, το θέμα είναι να υπάρξει μια αντιστοίχιση, μια ευθυγράμμιση ανθρώπων και συστημάτων. Να μην εξετάζουμε μόνο τις δεξιότητες των ανθρώπων στην αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας του συστήματος, αλλά να γίνουμε κι εμείς, ως συστήματα, πολύ καλύτεροι στην αντιμετώπιση και τη διαχείριση της πολυπλοκότητας των ανθρώπων, καθώς ο καρκίνος είναι πράγματι σύνθετος.

Μπορούμε να το κάνουμε εξετάζοντας την παραμικρή λεπτομέρεια της πληροφορίας και της επικοινωνίας, πώς επικοινωνούμε σε απλή γλώσσα για παράδειγμα, κάνοντας τα προϊόντα πιο εύχρηστα, μειώνοντας τα εμπόδια στην αλληλεπίδραση με τις υπηρεσίες, χωρίς να αναβάλουμε κανένα σχέδιο από την πλευρά του συστήματος, ενισχύοντας την ικανότητα του εργατικού μας δυναμικού να αντιμετωπίζει την εγγραμματισμένη υγεία και μελετώντας τις πεποιθήσεις και τις αξίες των ομάδων-στόχων με τις οποίες εργαζόμαστε.

Σας καλώ, λοιπόν, να γίνετε πρωταθλητές της εγγραμματισμένης υγείας, του υγειονομικού εγγραμματισμού, όποια ιδιότητα κι αν έχετε. Αντιμετωπίστε αυτήν την πρόκληση, γίνετε εσείς η αλλαγή, γιατί όταν πρόκειται για τον καρκίνο η γνώση είναι σημαντική. ●



Αθηνά Χριστοπούλου

Παθολόγος ογκολόγος, διευθύντρια και υπεύθυνη της Ογκολογικής Μονάδας του Γενικού Νοσοκομείου «Αγ. Ανδρέα» Πατρών

Σχετικά με το πολύ σημαντικό θέμα της πρόληψης, αξίζει να τονίσουμε ότι πρέπει να ξεκινάει από τα σχολεία. Η προαγωγή υγείας είναι πολύ σημαντική, αφού συνιστά έναν συνδυασμό αγωγής υγείας, μέτρων πρόληψης και μέτρων προστασίας. Η αγωγή υγείας στα σχολεία είναι μια συγκροτημένη εκπαιδευτική διαδικασία διεισθητικού και διαθεματικού χαρακτήρα, η οποία αναμφίβολα συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και τη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα.

Σκοπός της αγωγής και προαγωγής υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγείας των μαθητών. Αφενός με την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους και της κριτικής σκέψης τους, αφετέρου με την αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντός τους. Ο μαθητής πρέπει να είναι στο επίκεντρο. Τα προγράμματα αγωγής υγείας προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των μαθητών με σεβασμό στη διαφορετικότητά τους και ενθαρρύνουν πάντα ομαδο-συνεργατικές διαδικασίες και μεθόδους.

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι βαρυσήμαντος, καταλυτικός στην υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων. Γιατί ο εκπαιδευτικός στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα δεν μεταφέρει αποκλειστικά γνώση – αν έχει μόνο αυτόν τον ρόλο, τότε θα κάνει λάθος. Πρέπει να είναι ο διαμεσολαβητής, πρέπει να σταθεί ανάμεσα στο αντικείμενο και τους μαθητές και να προτείνει τρόπους. Και βέβαια, η παιδική και η εφηβική ηλικία αποτελούν σημαντικούς σταθμούς της ανάπτυξης του ανθρώπου για την υιοθέτηση και παγίωση συμπεριφορών. Το σχολείο, μαζί με την οικογένεια, τον σημαντικότερο φορέα διαπαιδαγώγησης, επηρεάζουν το άτομο ως προς την υιοθέτηση θετικών συνθηκών υγείας. Το σχολικό περιβάλλον είναι ο ιδανικός χώρος για εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής υγείας, καθώς, μετά την οικογένεια, είναι ο επόμενος φορέας κοινωνικοποίησης. Η σχολική ηλικία είναι η ιδανικότερη περίοδος για να εμπεδωθούν συμπεριφορές και πρότυπα καλής υγείας, καθώς τα παιδιά στην ηλικία αυτήν είναι που γνωρίζουν τον εαυτό τους.

Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Ένωση και άλλοι διεθνείς οργανισμοί προέτρεψαν χώρες να αναπτύξουν δράσεις στη σχολική κοινότητα που έχουν να κάνουν με τα προγράμματα προαγωγής υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το LifeSkills Training (LST). Πρό-

κειται για ένα εφαρμοσμένο πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης ουσιών, το οποίο συνιστάται διεθνώς. Το εν λόγω πρόγραμμα αντί να παρέχει απλώς πληροφορίες αναφορικά με τους κινδύνους που ενέχει η χρήση ουσιών, βοηθά τους μαθητές να αναπτύξουν δεξιότητες έτσι ώστε να μειωθεί η πιθανότητα εμπλοκής τους σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Έτσι, λοιπόν, έχουν αναπτυχθεί δεξιότητες αντίστασης στη χρήση ουσιών, προσωπικές δεξιότητες αυτοδιαχείρισης και κοινωνικές δεξιότητες. Ειδικότερα, οι δεξιότητες αντίστασης στη χρήση ουσιών παρέχουν τη δυνατότητα στους μαθητές να αντιλαμβάνονται τον προσωπικό κίνδυνο που διατρέχουν από την κατανάλωση ναρκωτικών, οίονοπνεύματος και καπνού και στη συνέχεια να αναπτύξουν δεξιότητες ώστε να μπορούν να αντισταθούν στην πίεση των κοινωνικών μέσων δικτύωσης και της παρέας των συνομηλίκων μέσω σωστής καθοδήγησης και εφαρμοσμένης πρακτικής. Οι προσωπικές δεξιότητες αυτοδιαχείρισης διδάσκουν τους μαθητές πώς να εξετάσουν την εικόνα που έχουν διαμορφώσει για τον εαυτό τους και τον αντίκτυπο της συγκεκριμένης εικόνας στη συμπεριφορά τους: πώς να θέτουν στόχους, να λαμβάνουν αποφάσεις, να αναλύουν τα προβλήματά τους, να σκέφτονται τις συνέπειες πριν λάβουν μια απόφαση και πώς να εξετάσουν προκλήσεις της ζωής υπό θετικό πρίσμα.

Τα προγράμματα προαγωγής υγείας εστιάζονται σε τέσσερις πολύ βασικές κατηγορίες: χρήση καπνού και ουσιών, υγιεινή διατροφή και άσκηση, ψυχική και συναισθηματική υγεία, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι δεν πρέπει να διδάσκουμε απλώς την αγωγή υγείας, αλλά πρέπει να δημιουργούμε τις συνθήκες στις οποίες ένα άτομο θα εκπαιδευθεί σε κάτι. Διαπιστώνεται τελικά ότι το μόνο άτομο που θεωρείται μορφωμένο είναι αυτό που έχει διδαχθεί πώς να μαθαίνει και πώς να αλλάζει συμπεριφορές προς όφελος της υγείας του.

Έχει σημασία να αναφερθούμε στις εμπειρίες από τη διοργάνωση του 1ου Ιατρο-Εκπαιδευτικού Συνεδρίου, που έγινε στην Πάτρα. Διοργανωτής ήταν η ογκολογική μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, την οποία διευθύνω, σε συνεργασία με μια σειρά φορέων, την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, τον Ιατρικό Σύλλογο, τους συλλόγους ασθενών και βέβαια την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Το συνέδριο τελούσε υπό την αιγίδα του τότε Προέδρου της Δημοκρατίας κ. Παυλόπουλου. Το σύνθημα της πολύ σημαντικής αυτής πρωτοβουλίας ήταν «Νέοι και αγωγή υγείας: το

ευ ζην υπόθεση όλων μας». Το πολύ πλούσιο πρόγραμμα κατέληγε σε με μια συναυλία με την Ελένη Τσαλιγοπούλου, που αγκάλιασε όλα τα παιδιά και τραγούδησε μαζί τους, μεταδίδοντας μηνύματα για την πρόληψη. Στις δράσεις έλαβαν μέρος παιδιά του δημοτικού, του γυμνασίου, του λυκείου και φοιτητές. Τα παιδιά μέσα από βιωματικά δρώμενα και συνεργατικές ομάδες, μπορούσαν να δείξουν τον κίνδυνο από τα ναρκωτικά, το τσιγάρο, την παχυσαρκία. Οι συντονιστές ήταν εκπαιδευτικοί, γιατροί και επαγγελματίες υγείας. Δεν παραλείψαμε να προσκαλέσουμε καλλιτέχνες και Ολυμπιονίκες, γιατί αυτά είναι σήμερα τα πρότυπα των μαθητών.

Πέρυσι τον Σεπτέμβριο έλαβε χώρα στην Πάτρα άλλη μια σπουδαία δράση στο πλαίσιο μιας εβδομάδας αφιερωμένης στην πρόληψη του καρκίνου. Σε αυτήν κάθε παιδί κρατούσε ένα μπαλόνι με μια ζωγραφιά και μια κορδέλα από κάθε μήνα που είναι αφιερωμένος σε κάποιον συγκεκριμένο καρκίνο. Πάνω σε αυτά τα μπαλόνια υπήρχαν μηνύματα σχετικά με την πρόληψη, π.χ., «τρώω υγιεινά». Όταν δίναμε το σύνθημα, με τη μουσική από τους «Χαρταετούς» του Θεοδωράκη, τα παιδιά πετούσαν τα μπαλόνια ψηλά. Το πρόγραμμα περιελάμβανε και street music, με τον Ρένο Χαραλαμπίδη, φοιτητές, μαθητές, που κατέκλυσαν έναν πεζόδρομο και τραγούδησαν μαζί του, αλλά μέσα από το τραγούδι μεταδόθηκαν πολλά μηνύματα που αφορούν την πρόληψη. Το μήνυμά της πρόληψης ξεκινάει από τα παιδιά, πετάει ψηλά και φτάνει παντού.

Δεν πρέπει να παραλείψουμε να αναφερθούμε και στην πολύ σημαντική δράση της FairLife με τίτλο «Μέσα από τα μάτια των παιδιών-Φροντίδα και πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα», ένα εξέχουσας σημασίας πρόγραμμα που έχει στόχο την ενημέρωση και την πρόληψη, με τη νέα αντικαπνιστική καμπάνια της FairLife.

Όσον αφορά τώρα την Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ), θα προσπαθήσουμε άμεσα να βάλουμε σε εφαρμογή μια αξιολογούμενη εκπαιδευτική πλατφόρμα με τίτλο «Η υγεία μου - Η ζωή μου». Η πλατφόρμα αυτή σχετίζεται με την υλοποίηση μιας εκπαιδευτικής πρωτοβουλίας που δημιουργήθηκε σε συνεργασία της ΕΟΠΕ με την MSD και με φορέα υλοποίησης την QualityNet. Παρουσιάστηκε τον Μάιο του 2021 και έχει ως στόχο την προαγωγή της αξίας της υγείας και της ευημερίας ως θετικών παραμέτρων στην προώθηση της ποιότητας της ζωής μας. Είναι ένα ουσιαστικό πρόγραμμα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των μαθητών για το κάπνισμα. Περιλαμβάνει μια σειρά ενημερώσεων και δράσεων που απευθύνονται στα σχολεία, τους γονείς και τη νέα γενιά και αφορούν την προαγωγή του ευ ζην μέσα από την πρόληψη της εξάρτησης από τον καπνό, την εξασφάλιση μιας ισορροπημένης διατροφής, τη διαχείριση των συναισθημάτων και την ψυχική ισορροπία, καθώς επίσης μέσα από την ανάπτυξη υγιών διαπροσωπικών σχέσεων.

Το πρόγραμμα αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι υλοποιείται στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας In Action For A Better World. Πρόκειται για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση σχετικά με την πρόληψη 17 παγκόσμιων Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης του ΟΗΕ στην ελληνική κοινωνία, με επιδίωξη τη συμμετοχή των αρμόδιων οργανισμών και των ενεργών πολιτών στην υιοθέτηση υπεύθυνων πρακτικών που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής μας. Το πρόγραμμα «Η υγεία μου-Η ζωή μου» εντάσσεται στον Στόχο 3 που αφορά την καλή υγεία και την ευημερία. Η εν λόγω πλατφόρμα βασίζεται σε τρεις πυλώνες, κάπνισμα και υγεία, ψυχική υγεία-διαπροσωπικές σχέσεις, διατροφή-σωματική άσκηση, και απευθύνεται με διαφορετικές ενότητες στους εκπαιδευτικούς, στους γονείς και βέβαια στους νέους.

Το πρόγραμμα αυτό έχει αναπτύξει ένα κεφαλαιώδους σημασίας εκπαιδευτικό υλικό μέσα από επτά βασικές θεματικές ενότητες. Οι μαθητές επιπλέον έχουν πρόσβαση σε ελκυστικό ενημερωτικό υλικό σε μορφή βίντεο και οπτο και με online εκπαιδευτικά παιχνίδια, αλλά και οι γονείς έχουν πρόσβαση μεταξύ άλλων σε πληροφοριακό υλικό πάνω σε θέματα υγείας, ευ ζην, anti-smoking και διάφορα άλλα χρήσιμα tips. ●



Αμάντα Ψυρρή

Καθηγήτρια Παθολογίας Ογκολογίας, Chair, ESMO Nomination Committee
Υπεύθυνη Ογκολογικού Τμήματος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Θα μιλήσω για τους καρκίνους που προκαλούνται από τον ιό HPV και θα εστιάσω στον καρκίνο του στοματοφάρυγγα, διότι είναι ένας καρκίνος που αφορά πιο πολύ τα αγόρια και θεωρώ ότι πρέπει να θέσουμε τις θεωρητικές βάσεις για την προώθηση του εμβολιασμού κατά του HPV και στα αγόρια στη χώρα μας, όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Θα παρουσιάσω κάποια επιδημιολογικά δεδομένα, τα εμβόλια για τον HPV, κάποια δεδομένα κλινικών μελετών συνοπτικά καθώς και τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Κατ' αρχάς, ξέρουμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, σε ένα ποσοστό περίπου 98%, ίσως και 100%, οφείλεται στον ιό HPV. Ωστόσο, τα τελευταία 30 χρόνια υπάρχει μια επιδημία καρκίνου του στοματοφάρυγγα –δηλαδή, αμυγδαλής και βάσης γλώσσας– που οφείλεται στον ιό HPV. Σε χώρες στις οποίες τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος είναι επιτυχημένα, όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Βόρεια Ευρώπη, έχει παρατηρηθεί μια επιδημία καρκίνου του στοματοφάρυγγα από τον ιό HPV. Αφορά άτομα ηλικίας 50 ετών κατά μέσο όρο, κυρίως άνδρες. Παρουσιάζεται συνήθως με μια ψηλαφητή τραχηλική διόγκωση λεμφαδένα, μια ανώδυνη ψηλαφητή διόγκωση, η οποία πολλές φορές μπερδεύεται με βραγχιακή κύστη, ωστόσο πολύ συχνά είναι η πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του στοματοφάρυγγα από ιό HPV.

Ο καρκίνος στοματοφάρυγγα οφείλεται είτε στο κάπνισμα και το αλκοόλ είτε στον ιό HPV. Οι καρκίνοι από ιό HPV έχουν γενικώς καλύτερη επιβίωση. Επιδημιολογικά δεδομένα από τη Σουηδία και τις ΗΠΑ δείχνουν ότι ελαττώνεται η συχνότητα των καρκίνων του στοματοφάρυγγα που οφείλονται στο κάπνισμα, ενώ αυξάνεται η συχνότητα των καρκίνων από ιό HPV.

Στα επιδημιολογικά δεδομένα των Ηνωμένων Πολιτειών ο καρκίνος στοματοφάρυγγα είναι ο πιο συχνός σχετιζόμενος με τον HPV καρκίνος στους άνδρες και υπολογίζεται ότι έχει ξεπεράσει πλέον τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ως σχετιζόμενος με τον HPV καρκίνο στις γυναίκες. Οι καρκίνοι που σχετίζονται με τον ιό HPV είναι αρκετοί, δεν είναι μόνο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Επομένως, η λοίμωξη από HPV είναι πολύ συχνή: στις Ηνωμένες Πολιτείες παρατηρούνται 14 εκατ. νέες λοιμώξεις τον χρόνο. Η πρώτη λοίμωξη λαμβάνει χώρα με την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Ακόμα και στο λύκειο, το 1/4 των εφήβων που

είχε σεξουαλική επαφή με τέσσερις ή περισσότερους συντρόφους έχει μολυνθεί από ιό HPV. Φαίνεται πως η μόλυνση από τον ιό λαμβάνει χώρα αμέσως με την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας – επομένως πρέπει να στοχεύσουμε άτομα πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Επίσης, τον πρώτο χρόνο σχέσης με ένα άτομο μολυσμένο με HPV μπορεί ο σεξουαλικός σύντροφος να κολλήσει τη λοίμωξη.

Βέβαια, δεν είναι μόνο η κολπική επαφή, φαίνεται ότι και άλλες σεξουαλικές συνήθειες οδηγούν σε λοίμωξη από τον ιό. Το διάστημα μεταξύ αρχικής λοίμωξης και ανάπτυξης του καρκίνου είναι πάνω από δέκα χρόνια, συχνά ακόμα και 30 χρόνια. Για αυτό, ενώ η μόλυνση γίνεται στους εφήβους, η καρκινογένεση παρατηρείται στα 50 κατά μέσο όρο. Δημιουργείται ένα τεράστιο κόστος για την υγεία: όλοι οι σχετιζόμενοι με τον HPV καρκίνοι είχαν κόστος το 2010 στις Ηνωμένες Πολιτείες 8 δις. Επομένως δεν είναι αμελητέο.

Όσον αφορά το εμβόλιο για τον ιό HPV, πρόκειται για μια ανασυνδυασμένη πρωτεΐνη L1 του ιού που δημιουργεί κάποιες τεταρτοταγείς δομές οι οποίες μοιάζουν με τον ιό, ωστόσο δεν είναι λοιμογόνοι. Προκαλούν υψηλότερα επίπεδα αντισωμάτων από ό,τι η φυσική λοίμωξη. Αρχικά είχαμε δύο εμβόλια, το Gardasil της Merck, που ήταν τότε τετραδύναμο, και το Cervarix της GlaxoSmithKline, το διδύναμο. Το διδύναμο κάλυπτε τα ογκογόνα στελέχη 16 και 18, που είναι τα πιο συχνά, ενώ το τετραδύναμο κάλυπτε και υποτύπους που ενοχοποιούνται για κονδυλώματα, τα οποία είναι μη καρκινογόνα καταστάσεις.

Είναι σημαντικό να γίνεται εμβολιασμός σε νεαρή ηλικία, γύρω στα 11-12 χρόνια: αν υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, μπορεί ο εμβολιασμός να αρχίσει στα 9 χρόνια. Σε μελέτες που έχουν γίνει σε περισσότερες από 3.000 γυναίκες, φαίνεται ότι τα εμβόλια προφυλάσσουν από την ανάπτυξη CIN, μιας προκαρκινικής κατάστασης που αποτελεί πρωτογενές καταληκτικό σημείο στις μελέτες – όπως είδαμε, η καρκινογένεση είναι απώτερο καταληκτικό σημείο, καθώς λαμβάνει χώρα αρκετές δεκαετίες μετά την αρχική λοίμωξη.

Ωστόσο, παρά τα ισχυρά δεδομένα των μελετών, δεν έχουν όλες οι χώρες καλή συμμόρφωση με το εμβόλιο. Η πιο εντυπωσιακή συμμόρφωση είναι στην Αυστραλία, όπου έχει παρατηρηθεί μεγάλη ελάττωση των καρκίνων που οφείλονται στον ιό HPV. Από με-



λέτες δημοσιευμένες σε έγκριτα περιοδικά, προκύπτει ότι μέσα σε έξι χρόνια από τη χρήση του εμβολίου παρατηρείται σημαντική ελάττωση της επίπτωσης της λοίμωξης από HPV σε κορίτσια 14-19 ετών. Τα δεδομένα στην Αυστραλία είναι εντυπωσιακά, το πώς δηλαδή έχουν ελαττωθεί χάρη στη συμμόρφωση με το εμβόλιο οι λοιμώξεις από ιό HPV και οι προκαρκινικές βλάβες στον τράχηλο της μήτρας.

Τώρα έχουμε εννεαδύναμο εμβόλιο για τον ιό HPV από τη Merck, που καλύπτει δηλαδή εννέα υποτύπους. Για το εμβόλιο υπάρχει ένδειξη και για τα αγόρια στις Ηνωμένες Πολιτείες, από 11 έως 26 ετών. Ο εμβολιασμός καλό είναι να ξεκινά από τα 11, γιατί αρχίζει νωρίς η σεξουαλική δραστηριότητα. Τα εμβόλια είναι ασφαλή. Επίσης, άτομα έως 45 ετών μπορούν να εμβολιαστούν αν έχουν υψηλό κινδύνου σεξουαλική δραστηριότητα, δηλαδή, αν αλλάζουν συχνά συντρόφους. Τα άτομα που έχουν μεγάλη σεξουαλική δραστηριότητα ενδέχεται να αποκτήσουν νέες λοιμώξεις, από τις οποίες μπορεί να τους προφυλάξει το εμβόλιο.

Στην Ευρώπη έχει δημιουργηθεί ισχυρή πρωτοβουλία για να ελαττώσουμε τους καρκίνους από ιό HPV. Σε αυτήν συμμετέχει και η Ελληνική Εταιρεία Καρκίνου Κεφαλής & Τραχήλου και η ΕΟΠΕ (Ενωση Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας). Συμπερασματικά, η επίπτωση του HPV-θετικού καρκίνου στοματοφάρυγγα αυξάνεται συνεχώς. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα, κάνουμε μια μελέτη αυτή τη στιγμή, αλλά φαίνεται και εδώ να έχει ξεπεράσει το 50% των νέων περιστατικών από καρκίνο στοματοφάρυγγα. Η πλειονότητα των HPV υποτύπων που συνδέονται αιτιολογικά με τον καρκίνο του στοματοφάρυγγα καλύπτονται από το εμβόλιο. Ο εμβολιασμός είναι αποτελεσματικός και μειώνει τη συχνότητα λοίμωξης από ιό HPV. Πρέπει να προωθήσουμε τον εμβολιασμό και στα αγόρια για να μειώσουμε την επίπτωση ενός καρκίνου ο οποίος μπορεί να προληφθεί και δεν είναι μόνο ο καρκίνος στοματοφάρυγγα, υπάρχουν και άλλοι καρκίνοι HPV-θετικοί και στους άνδρες, όπως ο καρκίνος του πρωκτού. Εφόσον υπάρχει πρόληψη, πρέπει να προωθήσουμε τη σχετική στρατηγική ώστε να μην έχουμε περιστατικά τα οποία μπορεί να στοιχίσουν στη δημόσια υγεία αλλά και σε ανθρώπινο δυναμικό. ●



Γιάννης Τούντας

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

Θα μιλήσω για τον ρόλο της δημόσιας υγείας στην πρόληψη και ειδικότερα στην πρόληψη του καρκίνου. Πρέπει να έχουμε ξεκάθαρα υπ' όψιν μας ότι, όταν μιλάμε για δημόσια υγεία, δεν μιλάμε για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Άλλο ο τομέας δημόσιας υγείας και άλλο οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας, που στη χώρα μας συγκροτούν το ΕΣΥ.

Το δεύτερο σχόλιό μου αφορά τα τρία «Π», δηλαδή την πρόληψη της ασθένειας, την προστασία της υγείας και την προαγωγή της υγείας, που είναι οι τρεις σημαντικοί τομείς οι οποίοι συγκροτούν τη σύγχρονη δημόσια υγεία και παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην πρόληψη των καρκίνων. Η πρόληψη περιλαμβάνει την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη, λοιπόν, με την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται άμεσα με τον καρκίνο, όπως είναι το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η έλλειψη άσκησης, παίζει πολύ μεγάλο και αποφασιστικό ρόλο. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τις προληπτικές εξετάσεις – και ξέρουμε πολύ καλά πόσο σημαντικές είναι οι εξετάσεις, μαστογραφία, Παπ Τεστ, κολονοσκόπηση, τακτική εξέταση του δέρματος κ.λπ. για την αντιμετώπιση συχνών καρκίνων.

Αναφορικά με την προστασία της υγείας, η οποία περιλαμβάνει δράσεις που αφορούν, μεταξύ άλλων, την ασφάλεια των τροφίμων, να σημειωθεί ότι έχει μεγάλη σημασία για την πρόληψη των καρκίνων. Ξέρουμε ότι ένα 20% των καρκίνων οφείλεται στη διατροφή μας. Η προστασία της υγείας έχει επίσης σχέση με την εργασιακή υγιεινή, με τις καρκινογόνους επιδράσεις που υπάρχουν σε πολλές επιχειρήσεις. Έχει σχέση με την κλιματική αλλαγή, που και εδώ έχουμε επιδράσεις όσον αφορά τον καρκίνο του δέρματος, π.χ. με την τρύπα του όζοντος, καθώς και με την οργάνωση των εμβολιασμών, όπως για τον HPV.

Ο τρίτος τομέας της προαγωγής υγείας περιλαμβάνει όλους αυτούς τους κοινωνικούς παράγοντες που ήδη αναφέρθηκαν. Περιλαμβάνει επίσης την αναβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος, άρα και ως προς αυτό έρχεται η προαγωγή υγείας να διαδραματίσει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των καρκίνων.

Στην Ελλάδα, δυστυχώς η δημόσια υγεία ως ανεξάρτητος τομέας είναι ιδιαίτερα αποδυναμωμένος, είναι περιθωριοποιημένος στην ουσία. Λίγα βήματα έχουν γίνει μέχρι τώρα για την ανάπτυξη αυτού του τομέα. Ελπίζουμε από εδώ και πέρα να δούμε πολύ

περισσότερα βήματα, γιατί είναι ένας πολύ σημαντικός τομέας όχι μόνο για την covid –και για οποιαδήποτε μελλοντική covid–, αλλά και για όλους αυτούς τους παράγοντες που επιδρούν αποφασιστικά στην υψηλή επίπτωση και τον επιπολασμό των καρκίνων στη χώρα μας.

Είμαστε πρωταθλητές στο κάπνισμα εδώ και χρόνια. Όσον αφορά την παχυσαρκία, την ενήλικη και την παιδική, είμαστε αυτήν τη στιγμή μέσα στις δύο πρώτες χώρες στην Ευρώπη. Οι εμβολιασμοί για HPV στην Ελλάδα είναι σε πολύ χαμηλά ποσοστά, ενώ πολύ χαμηλά είναι τα ποσοστά και στις βασικές εξετάσεις που αφορούν τη δευτερογενή πρόληψη για τον καρκίνο, σύμφωνα και με τις μελέτες υγείας Hellas Health που κάνουμε από το 2006 στον γενικό πληθυσμό. Περίπου 1 στις 5 γυναίκες δεν κάνει τακτικά Παπ Τεστ, 4 στις 10 γυναίκες δεν κάνουν τακτικά μαστογραφία, μόλις ένα 10% κάνει έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου με αιματολογική κοπράνων ή με κολονοσκόπηση. Επομένως, βλέπουμε μια σημαντική υστέρηση και στις προληπτικές εξετάσεις.

Εδώ πρέπει να παρέμβει η πολιτεία άμεσα. Να αναβαθμίσουμε τη δημόσια υγεία και στη συνείδηση των πολιτών και στις πρακτικές των γιατρών και στις προτεραιότητες της πολιτείας. Αυτά τα αναλύουμε και στη μελέτη που καταθέσαμε πρόσφατα με την υποστήριξη της MSD για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Υπάρχει ανάγκη για ισχυρή κεντρική κρατική υπηρεσία δημόσιας υγείας, με ισχυρούς θεσμούς και υποδομές στο Υπουργείο Υγείας, με ισχυρές δημόσιες υπηρεσίες υγείας στις Περιφέρειες και τις τοπικές κοινωνίες, με τον ΕΟΔΥ σε έναν νέο, αναβαθμισμένο ρόλο επιστημονικού οργανισμού, που να μην περιορίζεται μόνο στα λοιμώδη, όπως μέχρι τώρα. Να δώσουμε έμφαση στην κατάρτιση των στελεχών, γιατί χρειαζόμαστε καταρτισμένα στελέχη στη δημόσια υγεία – και εδώ η δυνατότητα της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης μπορεί να καλύψει ένα σημαντικό κενό. Και βέβαια, να χρηματοδοτηθεί ο τομέας της δημόσιας υγείας. Αυτήν τη στιγμή είναι στο 1,2% των δημοσίων δαπανών υγείας, όταν στην ΕΕ κατά μέσο όρο είναι πάνω από 3%. ●



Νικόλαος Τσουκαλάς

Ογκολόγος παθολόγος, αναπληρωτής διευθυντής, Ογκολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ
Επιστημονικός συνεργάτης, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»
Αντιπρόεδρος της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)

Όλοι γνωρίζουμε ότι είναι καλύτερο να προλαμβάνουμε μια ασθένεια από το να τη θεραπεύουμε και αυτό το έχει πει πριν από χιλιάδες χρόνια ο Ιπποκράτης. Η ΕΟΠΕ λοιπόν σχεδόν κάθε χρόνο με την ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας κατά του Καρκίνου ετοιμάζει μια σχετική καμπάνια ενημέρωσης. Η καμπάνια η οποία παρουσιάστηκε το 2022 είχε το βασικό μήνυμα «Μην εύχεσαι να μη σου τύχει. Φρόντισε να μη σου συμβεί». Στο πλαίσιο αυτό, αναρτήθηκαν αφίσες σε στάσεις λεωφορείων και στα μέσα μαζικής μεταφοράς σε μεγάλες πόλεις, όπως είναι η Αθήνα, η Θεσσαλονίκη, η Πάτρα και το Ηράκλειο. Η καμπάνια αυτή παράλληλα διεξήχθη και μέσα από τα social media της ΕΟΠΕ και είχε τέσσερις διαφορετικές μορφές. Περιελάμβανε συμβουλές για τη βελτίωση του τρόπου ζωής, όπως «φάε σωστά», «μην καπνίζεις», «αθλήσου», «βάλε αντιπλιακό», ενώ έγινε επίσης προσπάθεια να ενημερώσουμε τον κόσμο ότι το 50% περίπου των καρκίνων μπορεί να προληφθεί και αυτό είναι υψίστης σπουδαιότητας.

Μια άλλη δράση της ΕΟΠΕ εντάσσεται στην προαγωγή της υγείας στα σχολεία σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος και έχει το βασικό μήνυμα «Η υγεία μου - Η ζωή μου». Το βασικό μήνυμα εδώ είναι η αποφυγή ή διακοπή του καπνίσματος στο πλαίσιο της υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Ζούμε την πανδημία της νόσου covid-19 και πέρσι τέτοια εποχή, στην Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου, αποφασίσαμε να τονίσουμε στους ασθενείς μας και στον γενικό πληθυσμό ότι κατά την περίοδο της πανδημίας δεν ξεχνάμε τον καρκίνο. Δεν αμελούμε την πρόληψη, πρωτογενή και δευτερογενή, δεν ξεχνάμε να κάνουμε τις θεραπείες μας, δεν ξεχνάμε ότι ο καρκίνος μπορεί να υπάρχει παράλληλα με την πανδημία. Προσπαθήσαμε να ενθαρρύνουμε τους ασθενείς μας και τον γενικό πληθυσμό και να ενημερώσουμε πως παρότι υπάρχει αυτή η πανδημία και παρότι υπάρχουν οι αποστάσεις, δεν είμαστε μόνοι μας. Προχωράμε μαζί, γιατροί, νοσηλευτές και ασθενείς, ενάντια στον καρκίνο.

Το 2019, αξιοποιώντας το γεγονός ότι η Αθήνα ήταν Παγκόσμια Πρωτεύουσα Βιβλίου το 2018, στο πλαίσιο μιας ημερίδας με τίτλο «Διαβάζοντας υπεύθυνα για τον καρκίνο» προσπαθήσαμε να αναδείξουμε τη σημασία της συνεχούς και έγκυρης ενημέρωσης σχετικά με την πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου.

Πάλι το 2019, στο πλαίσιο μιας πρωτοβουλίας ευαισθητοποίησης του κόσμου, προσπαθήσαμε να αναδείξουμε την αξία της πρόληψης ενάντια στον καρκίνο αξιοποιώντας έργα καλλιτεχνών. Το βασικό μήνυμα ήταν «Επιλέγοντας την υγεία κερδίζουμε τη ζωή». Ετοιμάσαμε κάποια σποτάκια τα οποία μεταδίδουν αυτό το μήνυμα ή αναφέρονται στο ότι το 50% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί με σωστή διατροφή, λιγότερο αλκοόλ και ζάχαρη, προστασία από τον ήλιο, καθημερινή άσκηση και όχι κάπνισμα. Άρα, έλεγξε το βάρος σου, μείωσε το αλκοόλ, κόψε το τσιγάρο, αθλήσου, διατήρησε ιδανικό βάρος και προστατεύσου από τον ήλιο.

Τέλος, το 2018, στο πλαίσιο της ίδιας φιλοσοφίας, η ΕΟΠΕ διοργάνωσε μια εκδήλωση ενημέρωσης του κοινού με βιωματικά σεμινάρια διατροφής και άσκησης στο δημαρχείο Περιστερίου.

Θα ήθελα να προσθέσω ότι επιπλέον αυτών η ΕΟΠΕ συμμετέχει ενεργά σε συζητήσεις, σε συγκεντρώσεις και σε ομάδες εργασίας με τα αρμόδια όργανα της πολιτείας πάνω σε θέματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Επίσης, προετοιμάζει ενημερωτικά φυλλάδια για ασθενείς και τον γενικό πληθυσμό και βεβαίως συμβάλλει στην εκπαίδευση των νέων ογκολόγων καθώς και των νοσηλευτών σε θέματα πρόληψης, κυρίως στο πλαίσιο της Ελληνικής Ακαδημίας Ογκολογίας.

Συμπερασματικά, είναι γεγονός ότι οι εξελίξεις στην ογκολογία είναι συνεχείς και η έρευνα τόσο σε προκλινικό όσο και σε κλινικό επίπεδο είναι διαρκής. Επιπλέον, οι κλινικές μελέτες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια νέων θεραπειών είναι πάρα πολλές. Ωστόσο, η σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου παραμένει καταλυτική. Ειδικότερα, ένας υγιεινός τρόπος ζωής – διατροφή, άσκηση, διακοπή του καπνίσματος, προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία, διενέργεια απαραίτητων εμβολιασμών και αποφυγή άγχους – συμβάλλει στην πρωτογενή πρόληψη ενάντια στον καρκίνο, ενώ απαραίτητη κρίνεται η τήρηση των οδηγιών για τη δευτερογενή πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου (μαστογραφία, Παπ τεστ, κολονοσκόπηση, κ.λπ.).

Ας ελπίσουμε τα επόμενα χρόνια να έχουμε αφενός μείωση της συνολικής επίπτωσης του καρκίνου και αφετέρου έγκαιρη διάγνωση των νέων περιπτώσεων καρκίνου σε πρωιμότερα στάδια. ●



Αναστάσιος Γαϊτάνης

Ειδικός λειτουργικός επιστήμονας Α΄
Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)

Νωρίτερα αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης. Όμως, με την πρόληψη σχετίζεται και η πρόωμη διάγνωση και η τεχνολογία διαδραματίζει πολύ μεγάλο ρόλο σε αυτό, όχι μόνο για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου αλλά και για τη διάγνωση και εν τέλει και για τη σταδιοποίηση του καρκίνου, η οποία θα βοηθήσει τους κλινικούς γιατρούς στην κατάλληλη επιλογή του θεραπευτικού σχήματος και τελικά στην αποτίμηση και την αξιολόγηση της θεραπείας.

Οι μοντέρνες απεικονιστικές μέθοδοι λειτουργούν με έναν τρόπο ώστε να γεφυρώνουν ουσιαστικά τη διάγνωση και τη θεραπεία:

- Κατ' αρχάς, θα πρέπει να αναλογιστούμε ότι χρησιμοποιούνται στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Αυτό σχετίζεται με την πρόληψη και κλασικό παράδειγμα αποτελούν οι μαστογραφίες και οι ακτινογραφίες θώρακος.
- Επίσης, στη διάγνωση του καρκίνου και στη σταδιοποίηση της νόσου, ώστε να αποφασιστεί το κατάλληλο σχήμα, ενδεχομένως και στη καθοδήγηση ως προς τις θεραπείες
- Στην αξιολόγηση της θεραπείας, αν τελικά ένα θεραπευτικό σχήμα πέτυχε και αν πρέπει να συνεχίσουμε με έναν εναλλακτικό ή να σταματήσουμε τη θεραπεία και τελικά
- Στο περίφημο follow-up που έχει να κάνει με την παρακολούθηση της υποτροπής του καρκίνου ή όχι.

Οι κυριότερες τεχνολογίες απεικόνισης:

- Οι ακτίνες Χ, η ψηφιακή πλέον ακτινογραφία, οι ακτινογραφίες θώρακος, η μαστογραφία
- Η αξονική ή υπολογιστική τομογραφία, η οποία επιτρέπει την ολόσωμη τομογραφία του ανθρώπινου σώματος «κόβοντας» σε πολύ λεπτές τομές με τη χρήση ακτίνων Χ.
- Τα σύγχρονα συστήματα αξονικής τομογραφίας, που είναι "spiral", επιτρέπουν δηλ. τη λήψη τομογραφικών απεικονίσεων την ώρα που κινείται το κρεβάτι στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. Μας δίνει ανατομική πληροφορία για το πού βρίσκεται ένας όγκος.
- Οι μοριακές τεχνικές απεικόνισης, το PET και το SPECT. Η αρχική λειτουργία του PET είναι η πρόληψη του ραδιοφαρμάκου εκεί που υπάρχει έντονη μεταβολική δραστηριότητα στον ιστό. Κλασική περίπτωση τέτοιων ιστών είναι ο καρκίνος, ο οποίος απορροφά γλυκόζη, αυτή είναι η βάση του κλασικού ραδιοϊσοτόπου. Άρα, εκεί που έχουμε υψηλή μεταβολική δραστηριότητα, έχουμε υψηλή απορρόφηση ραδιοφαρμάκου, οπότε ανιχνεύεται

ο καρκίνος. Φυσικά, πηγαίνει και στους φυσιολογικούς ιστούς, στην καρδιά, τους νεφρούς, το γνωρίζουν αυτό οι κλινικοί. Το SPECT λειτουργεί με μια ανάλογη τεχνική και λογική, κλασικό παράδειγμα είναι οι σπινθηρογραφίες.

- Η μαγνητική τομογραφία η οποία χρησιμοποιείται για να ανιχνεύουμε τι συμβαίνει σε μαλακούς ιστούς, π.χ. στην περίπτωση του εγκεφάλου.

Σχετικά με την επόμενη ημέρα, στο ΙΒΕΑΑ έχουμε χρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων και από το Ταμείο Ανάκαμψης με ένα πολύ σημαντικό ποσό για να αναπτύξουμε μια μονάδα ραδιογονιδιοματικής (radiogenomics), η οποία είναι πρωτοπόρα για την Ελλάδα. Εδράζεται στη λογική ότι από τις απεικονιστικές πληροφορίες μιας τομογραφίας, μπορεί να αντληθεί πληροφορία για την ετερογένεια ενός όγκου, η οποία είναι χαρακτηριστική στην απόκριση του ιστού σε μια θεραπεία.

Υπάρχουν επομένως χαρακτηριστικά στον όγκο τα οποία το ανθρώπινο μάτι δεν τα αντιλαμβάνεται. Για παράδειγμα, η υφή του καρκίνου – αν είναι σαν μπάλα μπάσκετ ή σαν μπάλα ποδοσφαίρου. Το λέω σχηματικά για να καταλάβουμε τη διαφορά.

Αυτό δεν το αντιλαμβάνεται το ανθρώπινο μάτι, οι τεχνολογίες όμως επεξεργασίας εικόνων μπορούν να πάρουν αυτήν την πληροφορία και να τη συνδέσουν εντέλει μέσω της τεχνητής νοημοσύνης με γονιδιακή πληροφορία, ώστε να δούμε γονιδιακές μεταλλάξεις σε μοριακό επίπεδο και σε γονιδιακό επίπεδο πολύ πριν εμφανιστούν απεικονιστικά. Επομένως, οι τεχνολογίες τεχνητής νοημοσύνης μάς επιτρέπουν να κάνουμε αυτήν τη σύνδεση.

Στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών έχουμε χρηματοδοτηθεί για να αγοράσουμε έναν τομογράφο PET/MR, τον πρώτο στη χώρα υβριδικό τομογράφο τέτοιου είδους, μαζί με τον τομογράφο PET/CT που έχουμε. Ένα κυκλοτρόνιο το οποίο θα μας επιτρέψει να κάνουμε ερευνητικά ραδιοφάρμακα, τα οποία θα μπορούμε να τα δοκιμάσουμε και σε επίπεδο προκλινικής απεικόνισης στον τομογράφο PET/CT που έχουμε για μικρά ζώα. Και φυσικά τη μονάδα τεχνητής νοημοσύνης σε συνεργασία με το ερευνητικό κέντρο «Αρχιμήδης», στο οποίο είναι ο καθηγητής Δασκαλάκης από το MIT, για να αναπτύξουμε όλη αυτήν την υποδομή που σε παγκόσμιο επίπεδο γίνονται τεράστιες προσπάθειες και είναι δεδομένο ότι απεικονιστικά θα φέρει την επόμενη μέρα στη διάγνωση του καρκίνου. ●



Γιάννης Μούντζιος

Παθολόγος ογκολόγος, διευθυντής Δ' Ογκολογικής Κλινικής και Μονάδας Κλινικών Μελετών Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

Ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια, ακούμε ότι πολλές μορφές καρκίνου μετατρέπονται πλέον σε χρόνιες ασθένειες, με την επιστήμη να καταφέρνει να εξασφαλίζει ποιοτικά χρόνια ζωής για τους ασθενείς. Εδώ και περίπου μια δεκαετία είναι ξεκάθαρο ότι δεν υπάρχει ένας καρκίνος του πνεύμονα, δεν υπάρχει ένας καρκίνος του μαστού και ούτε καθεξής. Ακόμη και οι τύποι που είναι ιστολογικά ίδιοι – αυτό που λέμε π.χ. αδενοκαρκίνωμα ή πλακώδες καρκίνωμα – δεν είναι το ίδιο από ασθενή σε ασθενή. Ο όγκος κάθε ασθενούς έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά και μπορεί καρκίνοι με το ίδιο όνομα να έχουν διαφορετικά βιολογικά χαρακτηριστικά. Όπως επίσης και το ανάποδο, δηλαδή διαφορετικού τύπου καρκίνοι σε δύο ανθρώπους να έχουν κάποιο κοινό μοριακό χαρακτηριστικό. Για παράδειγμα, μπορεί μια γυναίκα με καρκίνο του στήθους και ένας άνδρας με καρκίνο του προστάτη να έχουν την ίδια μετάλλαξη.

Όταν λέμε βιοδείκτες, εννοούμε ακριβώς αυτό το πράγμα, δηλ. την παρουσία μιας μετάλλαξης στο DNA του όγκου που προσδίδει στον όγκο ευαισθησία σε συγκεκριμένα αντικαρκινικά φάρμακα. Αυτή είναι η έννοια της εξατομικευμένης θεραπείας, δηλαδή ανιχνεύουμε στον όγκο του κάθε ασθενούς ποια είναι τα ιδιαίτερα βιολογικά χαρακτηριστικά που έχει και δίνουμε στον ασθενή αυτόν μια θεραπεία που είναι προσωποποιημένη, ταιριασμένη σαν κλειδί με κλειδαριά σε αυτήν τη μετάλλαξη που έχει ο καρκίνος.

Ας περιγράψουμε τα βήματα της εξατομικευμένης θεραπείας στην ογκολογία: διαγιγνώσκουμε π.χ. έναν καρκίνο του πνεύμονα σε έναν ασθενή. Οι αξονικές (απεικονιστικός έλεγχος) μάς βοηθούν να καταλάβουμε πού βρίσκεται η νόσος, σε ποιο στάδιο και στη συνέχεια με κάποια διαγνωστική μέθοδο παίρνουμε ένα υλικό βιοψίας. Αυτό το υλικό το χρησιμοποιούμε πρώτα απ' όλα για αυτό που ονομάζουμε μορφολογική διάγνωση, δηλαδή να πούμε ότι αυτό που βλέπουμε είναι ένα π.χ. αδενοκαρκίνωμα, πλακώδες καρκίνωμα, καρκίνωμα που προέρχεται από το πάγκρεας, ένα μελάνωμα κτλ. και στη συνέχεια κάνουμε έναν μοριακό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιείται ιδανικά με αυτό που ονομάζουμε "next generation sequencing" (NGS). Το NGS είναι μια καινούργια μεθοδολογία ελέγχου του DNA που μας επιτρέπει να βλέπουμε, να ελέγχουμε, να σκαρφαλούμε πολλές μεταλλάξεις του καρκίνου ταυτόχρονα. Αυτό έχει μεγάλη σημασία στην περίπτωση της βιοψίας του μεταστατικού καρκίνου, γιατί συνήθως

το βιολογικό υλικό είναι λίγο, αφού στην προχωρημένη νόσο δεν έχει νόημα να χειρουργηθεί ο ασθενής. Οπότε, σε αυτές τις περιπτώσεις έρχεται το NGS με το οποίο κάνουμε έλεγχο πολλών μεταλλάξεων μαζί και με αυτόν τον τρόπο παίρνουμε ταυτόχρονα πληροφορία για 40, 80, 600 γονίδια που συνδέονται με τον καρκίνο στον συγκεκριμένο ασθενή. Ένα από αυτά τα μεταλλαγμένα γονίδια θα μπορούσε να είναι βιοδείκτης που ψάχνουμε για να δώσουμε την εξατομικευμένη θεραπεία στον ασθενή μας.

Αν λοιπόν μπορούσαμε να περιγράψουμε συνοπτικά και απλουστευμένα τα βήματα που έχουν γίνει είναι: Βλέπουμε στην αξονική τον όγκο, κάνουμε βιοψία, παίρνουμε τον ιστό, κάνουμε τη μορφολογική διάγνωση, στέλνουμε τον μοριακό έλεγχο, βρίσκουμε ποια είναι η ειδική μετάλλαξη-βιοδείκτης για τον συγκεκριμένο τύπο όγκου και χορηγούμε τη θεραπεία που είναι πιο ειδική για τον συγκεκριμένο καρκίνο. Μπορεί αυτή η θεραπεία να είναι διαφορετική για τον ασθενή Α που έχει καρκίνο του πνεύμονα και διαφορετική για τον Β που έχει καρκίνο του πνεύμονα.

Αυτήν τη στιγμή λοιπόν είμαστε σε θέση να παίρνουμε φάρμακα εγκεκριμένα σε έναν τύπο καρκίνου και να τα δοκιμάζουμε σε άλλους. Για παράδειγμα, ένα φάρμακο εγκεκριμένο για καρκίνο του μαστού με μια συγκεκριμένη μετάλλαξη μπορεί να δοκιμαστεί σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη ή ωθηκίων που έχουν τις ίδιες μεταλλάξεις. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα ογκογονίδια BRCA 1 και 2, (το γονίδιο της Angelina Jolie όπως έγινε γνωστό) που αρχικά αφορούσαν μόνο τον καρκίνο του μαστού. Κι όμως, πλέον τα φάρμακα που είχαν έγκριση για τον καρκίνο του μαστού με BRCA μεταλλάξεις δοκιμάζονται κι έχουν φανεί δραστικά σε ασθενείς με καρκίνο ωθηκίων, προστάτη και παγκρέατος που έχουν τη συγκεκριμένη μετάλλαξη.

Συμπερασματικά, ο ρόλος των βιοδεικτών είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την εξατομικευμένη διάγνωση του καρκίνου. Χάρη σε αυτά τα βιολογικά εργαλεία που ονομάζονται βιοδείκτες, μπορούμε να ομαδοποιήσουμε τους καρκίνους όχι σε καρκίνο του πνεύμονα ή του μαστού ή του παχέος εντέρου αλλά σε όγκους με το Α ή Β ή Γ μοριακό προφίλ, ανεξαρτήτως του οργάνου προέλευσης του όγκου. Αυτή η εξατομικευμένη θεραπεία σηματοδοτεί και τη νέα εποχή της ογκολογίας του 21ου αιώνα. ●



Έλενα Λινάρδου

Διδάκτωρ Imperial College London

Παθολόγος ογκολόγος

Διευθύντρια της Δ' Ογκολογικής Κλινικής και του Πρότυπου Κέντρου Κλινικών Μελετών
Νοσοκομείο "Metropolitan"

Η πρόληψη είναι σαφώς ο ακρογωνιαίος λίθος για την αναχαίτιση της πανδημίας του καρκίνου, αλλά σίγουρα χρειαζόμαστε προσυμπτωματικό έλεγχο, σίγουρα χρειαζόμαστε την έγκαιρη διάγνωση εκεί που τα συμπτώματα δεν έχουν ακόμα ξεκινήσει. Και τη χρειαζόμαστε γιατί το φορτίο του καρκίνου είναι τεράστιο παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας, διότι έχει πάρα πολλές προεκτάσεις, τόσο ανθρώπινες όσο και οικονομικές. Τη χρειαζόμαστε γιατί αν διαγνώσουμε έναν καρκίνο σε προσυμπτωματικό στάδιο, αν μπορέσουμε να βρούμε τα σημεία του καρκίνου, θα μπορέσουμε και να τον θεραπεύσουμε πολύ νωρίτερα και επομένως πολύ πιο αποτελεσματικά.

Σε κάθε τύπου καρκίνου, κάθε εκατοστό μετράει. Αν μπορούσαμε να διαγνώσουμε όλους τους ασθενείς μας σε στάδιο I, τότε θα είχαμε μια 5ετή επιβίωση στη μεγάλη πλειοψηφία, περισσότερους από 9/10. Αν όμως διαγνώσουμε τον καρκίνο στο στάδιο IV, τότε αυτή η 5ετής επιβίωση πέφτει δραματικά και μόνο 1/10 φτάνει την πενταετία.

Τρεις είναι οι βασικοί καρκίνοι για τους οποίους έχουμε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου συστηνόμενα παγκοσμίως: ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του εντέρου.

Οργανωμένα εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου σήμερα υπάρχουν σε 19 κράτη μέλη. Είναι ακόμα κάποιες χώρες που δεν έχουν προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του εντέρου, αλλά υπάρχουν δύο χώρες, η Βουλγαρία και η Ελλάδα, στις οποίες δεν υπάρχει κανένα εφαρμοσμένο οργανωμένο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν είναι ένα τεστ, δεν είναι μια μαστογραφία που συνταγογραφείται, δεν είναι μια αξονική, δεν είναι ένα Παπ-τεστ και σίγουρα δεν είναι μια κολονοσκόπηση. Είναι μια διαδικασία που ξεκινάει από τη συστηματική πρόσκληση του πληθυσμού-στόχου, προχωράει στον έλεγχο σε ένα οργανωμένο κέντρο με εξειδικευμένο προσωπικό και έπειτα έχει τεράστια σημασία να ακολουθηθεί το τι θα γίνει στη συνέχεια. Και αυτή η συνέχεια να είναι προκαθορισμένη για όλους όσοι συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Αυτή είναι η διαδικασία – και όχι μόνο ένα τεστ. Για αυτό και από τον ΠΟΥ συστήνεται ότι κατά την οργάνωση ή την έναρξη ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου, πρέπει να σκεφτούμε ότι αυτό πρέπει να προσφερθεί σαν ένα μονοπάτι και αυτοί που σχεδιάζουν τα προγράμματα πρέπει να έχουν εξασφαλίσει εκ των προτέρων ότι όλα τα βήματα του μονοπατιού

μπορούν πραγματικά να προσφερθούν.

Πάνω από όλα, πρέπει να γνωρίζουμε ότι ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος χρειάζεται απαραίτητα ποιοτικό έλεγχο (quality assurance). Αν δεν υπάρχει, τότε δεν έχει κανένα νόημα να λέμε ότι έχουμε οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Ως προς την αξία των εγκατεστημένων προσυμπτωματικών ελέγχων σε εθνικά προγράμματα υγείας, να σημειωθεί ότι η μαστογραφία στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μέχρι και 40% σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Μπορεί όμως και να μειώσει τις άχρηστες μαστεκτομές, να οδηγήσει σε πολύ πρωιμότερες διαγνώσεις, γιατί έχουμε εξειδικευμένους ακτινολόγους σε αυτά τα οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με συστηματική πρόσβαση και στις προηγούμενες εξετάσεις των ασθενών.

Στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, 9/10 διηθητικούς καρκίνους μπορούν να προληφθούν αν οι γυναίκες συμμετέχουν σε οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Στον καρκίνο του εντέρου, 3/10 καρκίνους μπορούν να προληφθούν με τον έλεγχο, με τα τεστ των κοπράνων και περίπου 50% των καρκίνων του εντέρου μπορούν να προληφθούν με συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με ενδοσκοπήσεις.

Σήμερα υπάρχουν και πολλοί άλλοι καρκίνοι για τους οποίους γίνεται τεράστια έρευνα και υπάρχουν άλλοι δύο, ο καρκίνος του πνεύμονα και ο καρκίνος του προστάτη, για τους οποίους προτείνεται προσυμπτωματικός οργανωμένος έλεγχος.

Κλείνοντας, να υπογραμμιστεί ότι έχουμε 24% μείωση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα με τη χρήση αξονικής τομογραφίας χαμηλής δόσης ακτινοβολίας σε συγκεκριμένους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Στη χώρα μας η κουβέντα έχει ανοίξει. Παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά πριν λίγο καιρό τα αποτελέσματα της πρώτης οικονομικής ανάλυσης. Αν αύριο μπορούσαμε να εφαρμόσουμε καθολικά στη χώρα έλεγχο με αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης ακτινοβολίας σε οργανωμένο πρόγραμμα, θα μειώναμε κατά 24% τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα.

Η αξία του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι σήμερα αποδεδειγμένη και πρέπει να θυμόμαστε ότι αυτός ο έλεγχος δεν είναι ένα τεστ, αλλά είναι μια διαδικασία. ●



Κορίνα Πατέλη-Bell

Πρόεδρος
FairLife, Φροντίδα και Πρόληψη για τον Καρκίνο του Πνεύμονα

Σας ευχαριστούμε πολύ για την πρόσκληση και για το βήμα που μας δίνετε, ώστε να μιλήσουμε για την αξία που έχει η έγκαιρη διάγνωση στη ζωή των ασθενών. Είναι τιμή μας αλλά και πρόνομιο να μοιραστούμε μαζί σας τις παρατηρήσεις μας πάνω στο τόσο σημαντικό αυτό θέμα.

Ο καρκίνος εξακολουθεί να είναι μια μεγάλη πρόκληση. Μια πρόκληση για την έρευνα και την καινοτομία. Μια πρόκληση για τις επιστημονικές κοινότητες και φυσικά η μεγαλύτερη πρόκληση για τους ανθρώπους και τις οικογένειές τους που επηρεάζονται από την ασθένεια.

Ο καρκίνος είναι επίσης ένα μείζον κοινωνικό και οικονομικό ζήτημα, με άμεσες και σοβαρές επιπτώσεις τόσο για τον ασθενή όσο και για την κοινωνία στο σύνολό της. Έτσι, εκτός από το υψηλό οικονομικό κόστος της θεραπείας και τα αναπόφευκτα σωματικά συμπτώματα που συνοδεύουν την ασθένεια, ο καρκίνος συχνά απειλεί την κοινωνική ευημερία των ασθενών, των επιζώντων και των φροντιστών, καθώς και τη συναισθηματική τους ισορροπία.

Ένα πρώτο βήμα αντιμετώπισης αυτής της ιδιαίτερης πτυχής της νόσου είναι η ευαισθητοποίηση σχετικά με μια διαφορετική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου, η οποία είναι πολύ σημαντική, αλλά δεν λαμβάνεται συχνά υπόψη. Μιλάμε για την προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή. Αναμφίβολα, οι ασθενείς έχουν ανάγκες. Έχουν ανάγκη να επικοινωνούν τα συναισθήματα και τους φόβους τους. Θέλουν να τους καταλαβαίνουμε και να υπολογίζουμε την άποψή τους όσο εκείνοι παλεύουν με τον καρκίνο. Οφείλουμε να τους ακούμε σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας τους και πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και φροντίδα όταν πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους.

Ένα δεύτερο βήμα είναι, λοιπόν, να διασφαλιστεί ότι η φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο είναι και κλινικά βέλτιστη αλλά και ασθενοκεντρική. Σε αυτό το σημείο, θα θέλαμε να αναφερθούμε στις ανισότητες σε ό,τι αφορά την πρόσβαση σε καινοτόμους θεραπίες και στην ειδική φροντίδα. Παρά τις αντίθετες προσδοκίες, οι ανισότητες στην υγεία παρουσιάζουν αύξηση σε πολλές από τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Πρέπει λοιπόν να αναρωτηθούμε αν επιτρέπεται κάτι τέτοιο στον 21ο αιώνα.

Η καταπολέμηση του καρκίνου παραμένει αναμφισβήτητη κορυφαία προτεραιότητα παγκοσμίως και

τα τελευταία 10 χρόνια έχει γίνει σημαντική πρόοδος και έχουν υπάρξει πολλές εξελίξεις στη θεραπεία και τη φροντίδα. Τίποτα όμως δεν είναι πιο πολύτιμο από την έγκαιρη διάγνωση.

Τα άτομα που έχουν στα χέρια τους μια έγκαιρη διάγνωση έχουν χαμηλότερη νοσηρότητα που σχετίζεται με τη θεραπεία και καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τα άτομα που διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο. Η έγκαιρη διάγνωση σημαίνει καλύτερα ποσοστά ίασης, μεγαλύτερη επιβίωση, χαμηλότερο κόστος περίθαλψης. Οι ασθενείς μπορούν να ζήσουν υγιέστερα και περισσότερο όταν η ασθένεια ανιχνεύεται νωρίς. Η διάγνωση οδηγεί στη γνώση και η γνώση είναι δύναμη για τον ασθενή. Όταν οι ασθενείς είναι ενήμεροι για την κατάστασή τους, έχουν μια αίσθηση αυτοελέγχου, η οποία τους επιτρέπει να προγραμματίσουν τη ζωή τους ανάλογα και να πάρουν τις αποφάσεις που χρειάζεται.

Από την άλλη πλευρά, η διάγνωση σε προχωρημένο στάδιο χρειάζεται πιο εκτεταμένη θεραπεία, η οποία οδηγεί σε δύσκολες και παρατεταμένες παρενέργειες. Υπάρχει λοιπόν μια ταλαιπωρία που θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί. Περιορίζονται επίσης και τα περιθώρια μιας επιτυχούς θεραπείας.

Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τον καρκίνο του πνεύμονα, τον «άορατο» καρκίνο, ο οποίος συνήθως διαγιγνώσκεται αργά και αποτελεί μακράν την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο. Θα θέλαμε εδώ να επισημάνουμε την αναγκαιότητα ένταξης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα στο εθνικό πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου «Σπύρος Δοξιάδης», με βάση έρευνες που έχουν γίνει σε Αμερική και Ευρώπη, αλλά και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης που διεξήγαγε το Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας για πρώτη φορά στην Ελλάδα, σε συνεργασία με τη FairLife. Τα αποτελέσματα της μελέτης που παρουσιάστηκαν τον περασμένο Νοέμβριο στην ημερίδα μας «Καρκίνος του Πνεύμονα – πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση: Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον Καρκίνο του Πνεύμονα στην Ελλάδα, είμαστε έτοιμοι;» τεκμηρίωσαν μείωση της θνησιμότητας κατά 25%, λόγω του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα μέσω της αξονικής τομογραφίας χαμηλής δόσης ακτινοβολίας. Καταλαβαίνουμε λοιπόν πως η εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι επιτακτική και πρέπει να ενεργοποιηθούμε άμεσα. Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που θα θέλαμε να θίξουμε είναι το σίγμα που



συνδέεται με τον καρκίνο του πνεύμονα λόγω της στενής σχέσης του με το κάπνισμα. Η μείωση του στίγματος αποτελεί επίσης προτεραιότητα, διότι επηρεάζει άμεσα τη χρηματοδότηση της έρευνας αλλά και την υποστήριξη απέναντι στους ασθενείς.

Από την έναρξη της πανδημίας της covid-19, αρκετές ιατρικές διαδικασίες τέθηκαν σε αναστολή ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εξάπλωσης του ιού στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι απέφευγαν την ιατρική περίθαλψη ρουτίνας κατά τη διάρκεια της πανδημίας λόγω της ανησυχίας για την covid. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να χαθούν πολλές ευκαιρίες έγκαιρης ανίχνευσης. Όμως ο καρκίνος δεν περιμένει και θα πρέπει να υπάρξουν παρεμβάσεις σε αυτόν τον τομέα, ώστε να προλάβουμε, όσο γίνεται, τις επιπτώσεις της καθυστερημένης διάγνωσης και περίθαλψης.

Δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι το κλειδί για τη φροντίδα και τη θεραπεία του μέλλοντος.

Ας εξασφαλίσουμε, λοιπόν, ένα υγιέστερο και πιο ανθρώπινο μέλλον για τις επόμενες γενιές

- εφαρμόζοντας προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης
- διευκολύνοντας την πρόσβαση σε καινοτόμους θεραπιείες
- εξαλείφοντας το στίγμα του καρκίνου
- και τελικά διασφαλίζοντας ότι κάθε ασθενής θα έχει ίσες πιθανότητες απέναντι σε κάθε μορφή-καρκίνου, παγκοσμίως. ●



Εμμανουήλ Σαλούστρος

Επίκουρος καθηγητής Ογκολογίας
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Μέλος ΔΣ, Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)

Η πρόοδος της απεικονιστικής τεχνολογίας δημιουργεί την ανάγκη να βρούμε την ισορροπία ανάμεσα στη μεγάλη διακριτική ικανότητα και στον καλύτερο χαρακτηρισμό των ευρημάτων. Για παράδειγμα, η μαγνητική μαστογραφία μπορεί να εντοπίσει πολύ μικρούς όγκους στους μαστούς των γυναικών, αλλά δεν τους χαρακτηρίζει τόσο καλά όσο η κλασική μαστογραφία. Ο κ. Γαϊτάνης όμως μας έπεισε ότι αναπτύσσονται τα εργαλεία που θα βοηθήσουν στο να ξεπεράσουμε αυτήν τη δυσκολία.

Σε ό,τι αφορά τους βιοδείκτες, δυστυχώς δεν έχουμε τη δυνατότητα να διακρίνουμε στον γενικό πληθυσμό ποιοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωστούν με καρκίνο και επομένως σε αυτούς να εστιάσουμε την προσοχή μας. Μπορούμε όμως να ανακαλύπτουμε πολύ νωρίς ίχνη του καρκίνου στο αίμα: το φαινόμενο CHIP (Clonal Haematopoiesis of Indeterminate Potential- Κλωνική Αιμοποίηση Απροσδιόριστου Δυναμικού) είναι γνωστό, παρατηρείται σε ένα ποσοστό 10% των ενήλικων άνω των 70 ετών, αλλά στη δεκαετία που ακολουθεί μόνο το 10% θα αναπτύξει κάποια νεοπλασία αιματολογική ή κακοήθεια.

Το ερώτημα είναι πώς καθυστερούμε το υπόλοιπο 90%. Επίσης, όταν ο κ. Μούντζιος έχει τόσο καλούς βιοδείκτες για τη θεραπεία, θα μπορούσε ίσως με τις στοχευμένες θεραπείες του να βελτιώσουμε μια καθυστερημένη διάγνωση. Ξέρω ότι το σκεπτικό αυτό ίσως ακούγεται ριψοκίνδυνο, ωστόσο η συζήτηση στον καρκίνο του μαστού σε αυτό το επίπεδο είναι ανοιχτή.

Τέλος, αναφορικά με τα εθνικά προγράμματα screening, ο εμβολιασμός μάς έδειξε ότι μπορούμε πολύ εύκολα και με μεγάλη επιτυχία να ορίσουμε ραντεβού και να κινητοποιήσουμε τον πληθυσμό. Ωστόσο, ένα εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου είναι πολύ πιο σύνθετο. Πριν στείλουμε το πρώτο sms, θα πρέπει να έχουμε διαμορφώσει το μονοπάτι (pathway), το οποίο θα αξιολογήσει τα ευρήματα μιας μαστογραφίας και όχι μόνο θα τα αξιολογήσει, αλλά θα δώσει και διαγνωστική και θεραπευτική λύση. Φοβάμαι ότι ένα απλό ραντεβού με τον γιατρό που θα αξιολογήσει τη μαστογραφία, όπως ελέχθη προηγουμένως, δεν είναι αρκετό. Επίσης, όσο πιο σύνθετο είναι αυτό το μονοπάτι, τόσο δυσκολότερη είναι αυτή η διαδικασία. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί σίγουρα ένα μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας, αλλά το μονοπάτι εκεί είναι

πολύ σύνθετο με τη μειωμένη διαθεσιμότητα PET CT και τη δυνατότητα θωρακοχειρουργικής διάγνωσης ίσως περιορισμένη. Δεν ξέρω αν ένα πρόγραμμα για τον καρκίνο του πνεύμονα θα πρέπει να αποτελέσει το πρώτο βήμα στην καθιέρωση ενός προγράμματος εθνικού προσυμπτωματικού ελέγχου. ●



Ιωάννης Κωτσιόπουλος

Γενικός γραμματέας Υπηρεσιών Υγείας

Είναι μια ευκαιρία αυτήν τη στιγμή που βρισκόμαστε σε μια ύφεση της πανδημίας να ανοίξουμε την ατζέντα του καρκίνου, να ανοίξουμε την ατζέντα για ένα θέμα που πραγματικά είναι στην καρδιά του σχεδιασμού για την επόμενη μέρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Όλοι λίγο πολύ γνωρίζουμε στο οικογενειακό ή κοινωνικό μας περιβάλλον κάποιον ο οποίος πάσχει από καρκίνο και χρειάζεται φροντίδα. Άρα, στον πυρήνα του σχεδιασμού μας για την επόμενη μέρα είναι να δούμε πώς θα αξιοποιήσουμε τα εργαλεία της τεχνολογίας, για να φτιάξουμε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας που να προσφέρει νέες δυνατότητες. Η ανάγκη υπάρχει όσον αφορά τον καρκίνο, γιατί τα νούμερα μιλούν από μόνα τους. Ο καρκίνος συνεχίζει να αποτελεί μία από τις πιο θανατηφόρους νόσους, τόσο στην Ευρώπη όσο και στη χώρα μας, παρά τα σημαντικά επιτεύγματα της τεχνολογίας στον χώρο αυτόν και τα νέα φάρμακα και τις θεραπείες που είναι διαθέσιμες στους ασθενείς. Το 40% των ανθρώπων κινδυνεύει να αναπτύξει καρκίνο. 1,3 εκατ. άνθρωποι τον χρόνο πεθαίνουν στην Ευρώπη από καρκίνο και 3,5 εκατ. άνθρωποι διαγιγνώσκονται με καρκίνο.

Ως προς το τι γίνεται στη χώρα μας, πόση είναι η θνησιμότητα, πόσα είναι τα νέα περιστατικά, πόσοι ασθενείς καταφέρνουν να επιζήσουν και ποια είναι τα πιο επιτυχημένα θεραπευτικά σχήματα σε όλους τους τύπους καρκίνου ή σε κάποιους από αυτούς, δυστυχώς δεν έχουμε αρκετά δεδομένα. Κι αυτό γιατί δεν υπάρχει η ψηφιακή υποδομή που θα επέτρεπε στη χώρα μας να συλλέξει, να αξιολογήσει, να αναλύσει και να δώσει στην ιατρική και επιστημονική κοινότητα καθώς και στη φαρμακοβιομηχανία τα τόσο απαραίτητα δεδομένα για την ανάπτυξη των νέων θεραπειών.

Είμαστε μία από τις πέντε χώρες της Ευρώπης που δεν έχουν ακόμα μπρώω ασθενών με καρκίνο. Συνεπώς, είναι επιτακτική ανάγκη να αλλάξουμε σελίδα και να αφήσουμε στο χρονοντούλαπο της ιστορίας, όπως θα λέγανε και οι παλαιότεροι, τις παθογένειες του παρελθόντος. Έχουμε μια μοναδική ευκαιρία να αξιοποιήσουμε τις νέες ψηφιακές τεχνολογίες καθώς και τη γνώση που υπάρχει στην επιστημονική κοινότητα και να κάνουμε το αποφασιστικό άλμα, ώστε να φτάσουμε τα πιο προηγμένα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

Υπάρχει λοιπόν και τεχνογνωσία και υπάρχουν και οι πόροι από το Ταμείο Ανάκαμψης. Να θυμί-

σω ότι στη Γενική Γραμματεία Υπηρεσιών Υγείας καταρτίσαμε εν μέσω πανδημίας ένα πολύ φιλόδοξο σχέδιο για την ψηφιακή υγεία, με τέσσερις πυλώνες:

1. Ο εθνικός ψηφιακός φάκελος του ασθενούς
2. Η ψηφιακή αναβάθμιση των νοσοκομείων
3. Η τηλεϊατρική
4. Το ψηφιακό πρόγραμμα για τον καρκίνο

Κεντρικός στόχος του προγράμματος είναι να προσφέρουμε ένα χρήσιμο εργαλείο στους επαγγελματίες υγείας που έχουν τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Θέλουμε αυτά τα ψηφιακά εργαλεία να είναι σύμμαχος στην προσπάθεια διαμόρφωσης ενός καλύτερου περιβάλλοντος, που θα παρέχει καλύτερη και ασφαλέστερη φροντίδα στους ασθενείς μας.

Σε όλα αυτά όμως ιδιαίτερο ρόλο θα πρέπει να έχουν οι ασθενείς, όπως επίσης να έχουν και γνώση και τα εργαλεία που τους προσφέρει η τεχνολογία για να μπορούν να διαχειριστούν τη νόσο τους. Είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό να καταφέρουμε να συλλέξουμε τα δεδομένα: περισσότερα δεδομένα, καλύτερα ποιοτικά δεδομένα, ώστε να τα αξιοποιήσουμε για τη χάραξη καλύτερων πολιτικών υγείας.

Πιστεύω ότι παράλληλα με την υλοποίηση αυτού του φιλόδοξου προγράμματος, θα ανοίξει και ο διάλογος –που ήδη βέβαια έχει ανοίξει με την εξαιρετική έκθεση του ΙΟΒΕ– για τις προϋποθέσεις της αξιοποίησης αυτών των δεδομένων από την ιατρική και επιστημονική κοινότητα.

Εν συντομία, το πρόγραμμα για τον καρκίνο έχει ουσιαστικά τρία τμήματα:

- Το πρώτο είναι το εθνικό αρχείο νεοπλασιών ή νεοπλασματικών νοσημάτων, που θα ενημερώνεται τόσο από τις δημόσιες δομές υγείας όσο και από τις ιδιωτικές. Οι παράμετροι θα εξειδικευτούν αργότερα κατά τη διάρκεια του έργου.
- Το δεύτερο είναι ένα ογκολογικό-αιματολογικό πληροφοριακό σύστημα, που θα εγκατασταθεί αρχικά σε 10 νοσοκομεία –τα οποία θα προεπιλεγούν από την επιτροπή– και θα παρέχει τα κατάλληλα ψηφιακά εργαλεία εστιασμένα στην αντιμετώπιση του καρκίνου.
- Το τρίτο είναι ένα σύνολο ψηφιακών εργαλείων υποστήριξης των ασθενών, ένα οικοσύστημα εφαρμογών (apps). Αυτά τα ψηφιακά εργαλεία απευθύνονται στους ασθενείς και έχουν στόχο να διευκολύνουν την καθημερινότητά τους.

Ο προϋπολογισμός του έργου είναι αρκετά μεγάλ-



λος. Ανέρχεται στα 36,4 εκατ. ευρώ και επιτρέπει την ολοκλήρωσή του. Η διάρκεια υλοποίησης είναι 3 χρόνια, όμως φιλοδοξούμε το εθνικό μπτρώο νεοπλασματικών νοσημάτων να είναι σε λειτουργία εντός του επόμενου έτους, δηλαδή εντός του 2023, και η πιλοτική εφαρμογή του ογκολογικού πληροφοριακού συστήματος σε ένα ή δυο νοσοκομεία να ξεκινήσει επίσης εντός του 2023.

Το εθνικό μπτρώο καρκίνου θα μας επιτρέψει να έχουμε τα δεδομένα τα οποία δεν έχουμε αυτήν τη στιγμή για τους ογκολογικούς ασθενείς και να μπορούμε να απαντήσουμε στις ερωτήσεις της ιατρικής και επιστημονικής κοινότητας. Θέλουμε να φτιάξουμε ένα σύγχρονο μπτρώο ασθενών αντλώντας καλές πρακτικές από τα καλύτερα ευρωπαϊκά συστήματα. Και είμαστε σε ανοιχτό διάλογο με άλλα ευρωπαϊκά κράτη για την ανταλλαγή καλών πρακτικών αναφορικά με τη δημιουργία αυτού του νέου μπτρώου. Το ακριβές περιεχόμενο είναι αντικείμενο διαλόγου. Τους αμέσως επόμενους μήνες θα μπορέσουμε να αναπτύξουμε ακριβώς τις παραμέτρους που θα καταγράφονται σε αυτό το μπτρώο ασθενών.

Το ογκολογικό-αιματολογικό πληροφοριακό σύστημα είναι ένα ιδιαίτερα καινοτόμο σύστημα το οποίο θα υλοποιηθεί στα δέκα νοσοκομεία που θα ορίσουμε το επόμενο χρονικό διάστημα. Νομίζω ότι είναι κάτι που λείπει και θα αλλάξει δραστικά τον τρόπο που διαχειριζόμαστε τους ασθενείς στα νοσοκομεία της χώρας.

Και μιλήσαμε και για τα ψηφιακά εργαλεία υποστήριξης των ασθενών, που νομίζω ότι πραγματικά θα αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την εμπειρία τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Όλη αυτή η προσπάθεια ουσιαστικά κινείται μέσω του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου, του Europe's Beating Cancer Plan. Πολλά από αυτά που έχουμε κάνει σε αυτό το πρόγραμμα ουσιαστικά εναρμονίζονται με τις καλές πρακτικές που μας δίνει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Η χώρα μας πρέπει να συμμετέχει ενεργά σε αυτόν τον διάλογο που γίνεται σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τόσο για την ανάπτυξη συστημάτων όσο και για τη διάχυση των δεδομένων.

Υπάρχει ένα μεγάλο ερώτημα, το ποια ακριβώς δεδομένα θέλουμε να καταγράψουμε στα μπτρώα των ασθενών. Το ίδιο ερώτημα υπάρχει και για το μπτρώο του καρκίνου. Θα πρέπει να κρατήσουμε λοιπόν την ισορροπία ανάμεσα στο ποια δεδομένα είναι απαραίτητα και πόσο εφικτό είναι να καταγράψουμε τόσα δεδομένα λαμβάνοντας υπ' όψιν και τον φόρτο εργασίας για τους γιατρούς που θα καταχωρίζουν τα δεδομένα στα πληροφοριακά συστήματα.

Η τεχνολογία από μόνη της δεν μπορεί να λύσει όλα τα προβλήματα. Πρέπει να βρούμε και τους ανθρώπους οι οποίοι θα βοηθήσουν τους γιατρούς

που εργάζονται αυτήν τη στιγμή στα νοσοκομεία. Στο εξωτερικό όπου εργαζόμουν υπήρχαν ολόκληρες ομάδες που υποστήριζαν τις καταχωρίσεις στα αντίστοιχα μπτρώα, όπως data managers, digital co-ordinators ή MDT facilitators, όπως λέγονται. Όλοι αυτοί παρέχουν τη γραμματειακή υποστήριξη που πρέπει πλέον να είναι διαθέσιμη προκειμένου να έχουμε καλύτερες καταγραφές. Υπάρχουν πολύ καλά παραδείγματα από όλη την Ευρώπη.

Μπαίνουμε πια σε έναν νέο κόσμο, έναν ψηφιακό κόσμο, ο οποίος θα μας επιτρέψει να αναπτύξουμε νέα μοντέλα φροντίδας, να δώσουμε νέα εργαλεία στους επαγγελματίες υγείας και σίγουρα να δώσουμε μια νέα εμπειρία στους ασθενείς μας. ●



Αναστάσιος Μπούτης

Παθολόγος ογκολόγος
«Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Βρισκόμαστε στην εποχή όπου η ανάγκη ψηφιακού μετασχηματισμού της υγείας είναι πιο επιτακτική από ποτέ, γεγονός που έγινε ακόμα πιο εμφανές με την εμπειρία της πανδημίας. Η ογκολογία αποτελεί τομέα στον οποίο η ψηφιακή καινοτομία έχει ήδη ευρεία εφαρμογή και η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) αποτελεί τον βασικό συντελεστή στην κατεύθυνση αυτήν.

Τα πλεονεκτήματα είναι προφανή και ενδεικτικά αναφέρω τη βελτίωση της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς, τη δυνατότητα αξιοποίησης δεδομένων για επιστημονικούς και ερευνητικούς σκοπούς αλλά και τη δυνατότητα εξορθολογισμού και επίβλεψης των παροχών υγείας από τις ρυθμιστικές αρχές. Η εξασφάλιση συνεχούς και απρόσκοπτης επικοινωνίας των ασθενών με τους γιατρούς με τα εργαλεία που μας προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία συντελεί αποδεδειγμένα στη βελτίωση της έκβασης, της ποιότητας ζωής και κατ' επέκταση της επιβίωσης των ογκολογικών ασθενών.

Στη χώρα μας δυστυχώς ποτέ έως τώρα δεν υπήρξε οργανωμένη καταγραφή δεδομένων σε επίπεδο πολιτείας. Η δημιουργία ενός επίσημου αρχείου νεοπλασιών, ενός μπτρώου καρκίνου, είναι στα άμεσα σχέδια του Υπουργείου Υγείας και η ΕΟΠΕ είναι αρωγός σε αυτήν την προσπάθεια. Ένα τέτοιο μπτρώο θα επιτρέψει τη συλλογή δεδομένων υψηλής αξίας για τον σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των διαφόρων μορφών καρκίνου.

Τα τελευταία δύο χρόνια είμαστε στην ευχάριστη θέση να αναγνωρίσουμε ότι έχουν συντελεστεί σημαντικά βήματα στην ψηφιοποίηση της υγείας με την εισαγωγή καινοτομιών, όπως η άυλη συνταγογράφηση και την πιλοτική εφαρμογή της χρήσης ηλεκτρονικών φακέλων σε νοσοκομεία της χώρας.

Η ΕΟΠΕ με την υποστήριξη και τη σύμπραξη της εταιρείας Dataverse έχει υλοποιήσει τον πρώτο ηλεκτρονικό ογκολογικό φάκελο, το πρώτο ηλεκτρονικό μπτρώο ογκολογικού ασθενούς, το OncoEHR. Ο φάκελος αυτός επιτρέπει την πλήρη καταγραφή και εύκολη αναπαραγωγή των αναγκαίων ιατρικών πληροφοριών και την ενσωμάτωση εφαρμογών τεχνητής νοημοσύνης, ενώ περιλαμβάνει όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν τους ογκολογικούς ασθενείς, όπως είναι η διαχείριση των αντινεοπλασματικών θεραπειών, η ταξινόμηση και σταδιοποίηση των νεοπλασματικών νοσημάτων και η απόλυτη ασφάλεια της ιδιωτικότητας.

Τα τρία κύρια χαρακτηριστικά αυτού του φακέλου είναι ότι πρόκειται για ασθενοκεντρικό, εύκολα μεταφερόμενο και ψευδοανωνυμοποιημένο φάκελο. Κρίσιμη θεωρείται για τη δυνατότητα ευρείας εφαρμογής και αποδοχής αυτής της προσπάθειας η διαλειτουργικότητα του φακέλου σε σχέση με τα ήδη υπάρχοντα πληροφοριακά συστήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και με ηλεκτρονικές πλατφόρμες όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ο υπό διαμόρφωση γενικός ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς και η πλατφόρμα φαρμάκων υψηλού κόστους του ΕΟΠΥΥ.

Πιο εξειδικευμένες λειτουργίες που ενδιαφέρουν την ογκολογική κοινότητα σε ερευνητικό και επιστημονικό επίπεδο αποτελούν η οργανωμένη καταγραφή των ογκολογικών ασθενών, ο βέλτιστος προγραμματισμός χημειοθεραπειών και άλλων αντινεοπλασματικών θεραπειών, η καταγραφή και αποτίμηση συσχέτισης θεραπειών και βιοδεικτών και κατ' επέκταση η ολοκληρωμένη αποτύπωση του «ταξιδιού» του ασθενούς με τον καρκίνο.

Η από δεκαετίας συστηματική καταγραφή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων της ΕΟΠΕ, με ετήσια επικαιροποίηση, είναι επίσης ενταγμένη στον ηλεκτρονικό φάκελο και επιτρέπει την καλύτερη διαχείριση των ασθενών από τους θεράποντες ογκολόγους, ενώ δίνει στην πολιτεία τη δυνατότητα συστηματικής καταγραφής, αξιολόγησης και ελέγχου της ορθής κλινικής πρακτικής και εφαρμογής των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών αντιμετώπισης του καρκίνου.

Περαιτέρω, η διαλειτουργικότητα των συστημάτων θα επιτρέψει τη λεπτομερή καταγραφή της φαρμακευτικής δαπάνης εντός και εκτός νοσοκομείων, κάτι που δεν έχει καταστεί εφικτό ως σήμερα και που θα οδηγήσει σε εξορθολογισμό της δαπάνης, εξοικονόμηση πόρων και δυνατότητα επένδυσης προς όφελος των ογκολογικών ασθενών.

Θα συνοψίσω λέγοντας πως η ψηφιακή εποχή στην ογκολογία είναι μια πραγματικότητα. Οι πρωτοβουλίες της ΕΟΠΕ σε συνεργασία με τους εκπροσώπους της πολιτείας, τους υπόλοιπους φορείς και επαγγελματίες υγείας και τους συλλόγους ασθενών θα εξασφαλίσουν τον επιθυμητό ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας, με στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητας των ογκολογικών ασθενών. ●



Καίτη Αποστολίδου

Πρόεδρος Δ.Σ., Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.)

Μέλος Δ.Σ., European Cancer Patient Coalition (EPCPC), Ευρωπαϊκή Συμμαχία Ασθενών με Καρκίνο

Σχετικά με την ογκολογική περίθαλψη στη μετα-covid εποχή, το εθνικό μπρώο νεοπλασιών, ειδικότερα, μαζί με τις τράπεζες βιολογικού υλικού αποτελούν βασική θέση πολιτικής για τον καρκίνο της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου. Ήταν μια ευχάριστη έκπληξη που ακούσαμε μόλις τώρα τον κ. Κωτσιόπουλο να μας λέει ότι κάτι έχει αρχίσει να κινείται στο Υπουργείο Υγείας. Εμείς είμαστε κοντά στο Υπουργείο Υγείας και χαιρόμαστε πολύ που ήδη έχουν αρχίσει να γίνονται τα πρώτα βήματα.

Η πανδημία επέφερε μεγάλες καθυστερήσεις όσον αφορά τις νέες διαγνώσεις, αναβολές ογκολογικών χειρουργείων, ακυρώσεις ιατρικών εξετάσεων και επισκέψεων και μεγάλες καθυστερήσεις στην έναρξη ακτινοθεραπειών, με αποτέλεσμα να φτάνουν στα ογκολογικά νοσοκομεία ασθενείς με προχωρημένο αδιάγνωστο καρκίνο. Αυτή είναι η πρόκληση όσον αφορά τον καρκίνο που καλείται σήμερα να αντιμετωπίσει η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας. Τα προβλήματα όμως δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν χωρίς να υπάρχει συγκροτημένη πολιτική για τον καρκίνο.

Στη χώρα μας δεν έχουμε δυστυχώς ακόμα εθνικό μπρώο νεοπλασιών, δεν έχουμε εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο, δεν έχουμε εθνικό ινστιτούτο νεοπλασιών, παρότι αυτό έχει θεσμοθετηθεί από τον Μάρτιο του 2019. Ενώ και το εθνικό δίκτυο ιατρικής ακριβείας διέκοψε τη λειτουργία του μετά από δύομισι χρόνια περίπου, τον Σεπτέμβριο του 2021, λόγω μη συνέχισης της χρηματοδότησής του.

Η χώρα μας πρέπει να προχωρήσει με πολύ γρήγορα βήματα για να μπορέσει να επωφεληθεί από τις μοναδικές ευκαιρίες χρηματοδότησης, τεχνικής βοήθειας, δικτύωσης και ανταλλαγής καλών πρακτικών που προσφέρουν οι εμβληματικές δράσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για τον Καρκίνο και η Αποστολή για την Καταπολέμηση του Καρκίνου. Για τις δράσεις αυτές συνεργάστηκαν με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε ευρύτατη διαβούλευση όλοι οι εταίροι της ευρωπαϊκής ογκολογίας. Ως εκπρόσωπος του European Cancer Patient Coalition, του οποίου είχα την τιμή να είμαι πρόεδρος μέχρι πρόσφατα, θέλω να επισημάνω ότι επί δύομισι χρόνια συμμετείχαμε σε τακτικές διαβουλεύσεις με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τη Γενική Διεύθυνση Υγείας και το γραφείο της Επιτροπής. Για όλα αυτά που μας ανέφερε ο κ. Κωτσιόπουλος, μέχρι στιγμής δεν έχουμε κληθεί σε διαβούλευση· αλλά πιστεύω ότι αυτό θα γίνει στη συνέχεια.

Δεν έχουμε να επανεφεύρουμε τον τροχό για όλα αυτά, αλλά να χρησιμοποιήσουμε τα αποτελέσματα των ευρωπαϊκών κοινών δράσεων, να οργανωθούμε για να συμμετάσχουμε αποτελεσματικά στα έργα και τις δράσεις που προκηρύσσονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή προκειμένου να καταρτίσουμε το δικό μας εθνικό σχέδιο, που θα καλύπτει τις ανάγκες της χώρας και τις ανάγκες των Ελλήνων ασθενών.

Αν τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το μπρώο νεοπλασιών έχουν αξία για τους ασθενείς, μπορούμε μόνο κατ' εκτίμηση να δώσουμε μια απάντηση. Και ο λόγος είναι ότι, μετά την προσπάθεια που έγινε στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής κοινής δράσης EPAAC-European Partnership for Action Against Cancer να αποκτήσει η χώρα μας εθνικό μπρώο νεοπλασιών, κάθε περαιτέρω προσπάθεια εγκαταλείφθηκε στο τέλος του 2014 και έκτοτε οι διαδοχικές ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας αγνόησαν το θέμα, παρότι η ελληνική ογκολογική κοινότητα και οι ασθενείς ζητούσαν και ζητούν την κατάρτιση και λειτουργία του.

Η ηγεσία του υπουργείου Υγείας της προηγούμενης κυβέρνησης προσπάθησε να κάνει κάτι στον τομέα αυτόν αλλά ξεκινώντας από λανθασμένη βάση ή και με λανθασμένο στόχο. Το αν τα δεδομένα που αντλούνται από το ελληνικό μπρώο νεοπλασιών έχουν αξία για τους ασθενείς είναι κάτι που έχει ακουστεί πολλές φορές από εμάς σε κατ' ιδίαν συναντήσεις με τις κατά καιρούς ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας καθώς και σε συνέδρια. Είναι βασικό αίτημα όχι μόνο της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου αλλά όλων των επιστημονικών εταιρειών των ερευνητών, καθώς σε πρόσφατη κλειστή συνάντηση όλοι μαζί ζητήσαμε άμεσα εθνικό μπρώο νεοπλασιών.

Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για τον Καρκίνο προσφέρει μοναδική ευκαιρία να έχουμε υποστήριξη για τον σχεδιασμό του εθνικού μπρώου νεοπλασιών, χρησιμοποιώντας τη συσσωρευμένη εμπειρία από τις μέχρι τώρα ευρωπαϊκές κοινές δράσεις για τον καρκίνο, την τεχνική βοήθεια του European Network of Cancer Registries και τον πλούτο πληροφοριών που θα παράσχει το European Health Data Space.

Δράττομαι της ευκαιρίας να αναφέρω ότι η Ελλάδα συμμετέχει στην ευρωπαϊκή κοινή δράση "Towards a European Health Data Space" με την 6η ΥΠΕ και εκπροσωπείται από το Γενικό Νοσοκομείο Άρτας και την Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου ως ενδιαφερόμενο μέρος.



Οι γιατροί χρειάζονται δεδομένα για τον καρκίνο για να μάθουν περισσότερα για τις αιτίες του καρκίνου και να ανιχνεύσουν τον καρκίνο νωρίτερα, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα εύρεσης θεραπείας. Οι ογκολόγοι κάνουν επιλογές θεραπείας με βάση ακριβή δεδομένα καρκίνου όπως τεστ βιοδεικτών και αλληλούχισης νέας γενιάς, τα οποία δυστυχώς δεν αποζημιώνονται στη χώρα μας, διότι ο σχετικός πίνακας δεν έχει ανανεωθεί από το 2014. Ακόμη και μετά το τέλος της θεραπείας, οι ογκολόγοι, οι ερευνητές, εξακολουθούν να χρειάζονται δεδομένα για να παρακολουθήσουν τον ασθενή αρκετό καιρό ώστε να προσδιορίσουν εάν η θεραπεία ήταν αποτελεσματική ή όχι, και, εάν όχι, να καθορίσουν γιατί.

Τέλος, να πω εν συντομία ότι η αξία των μπρώων καρκίνου έγκειται στο ότι συλλέγουν ακριβή και πλήρη δεδομένα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο του καρκίνου και την επιδημιολογική έρευνα, για την κατάρτιση του εθνικού σχεδίου για τον καρκίνο και άλλων προγραμμάτων υγείας και για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών. Εμείς ως Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου συνεργαζόμαστε με όλες τις επιστημονικές-ιατρικές εταιρείες στον χώρο της ογκολογίας και με όλα τα ερευνητικά κέντρα και είμαστε αρωγοί του Υπουργείου Υγείας. Είμαστε κοντά στο Υπουργείο Υγείας για να υποστηρίξουμε όλες τις δράσεις και όλες τις προσπάθειες. ●



Ιωάννης Μπουκοβίνας

Ογκολόγος παθολόγος

Επιστημονικός υπεύθυνος της Ογκολογικής Μονάδας της BIOCLINIC, Θεσσαλονίκη

Νομίζω ότι το θέμα της πρώιμης διάγνωσης δεν έχει τεθεί καν από το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης. Μιλάμε για το screening, αλλά είναι τελείως διαφορετικό το screening από την πρώιμη διάγνωση, η οποία αφορά ασθενείς που έχουν κάποια συμπτώματα.

Μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο υποδεικνύουν αύξηση των θανάτων από καρκίνο τα επόμενα χρόνια εξαιτίας της μειωμένης πρόσβασης των ασθενών στα νοσοκομεία στη διάρκεια της πανδημίας. Αναφέρθηκε και από την κ. Bussell ότι από μια μετανάλυση μελετών η οποία διεξήχθη το 2020 και αφορούσε μελέτες του 2020, ότι παλαιότερες, βλέπουμε ότι η καθυστέρηση κατά έναν μήνα της διάγνωσης αυξάνει τη θνησιμότητα κατά 10% σε επτά συχνούς καρκίνους.

Μέσα στην πανδημία –αλλά συνεχίζεται ακόμα– ομάδες του πληθυσμού όπως οι ηλικιωμένοι και οι ευπαθείς ομάδες έχουν δυσκολία πρόσβασης στο σύστημα εξαιτίας της παραμονής τους στο σπίτι, του φόβου της πανδημίας και της εξέλιξης της αρρώστιας τους. Σε αυτούς θα πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να αποφύγουμε την επιδείνωση της ήδη βεβαρημένης υγείας τους. Έχουμε δει επίσης ότι αλλάζει το πλαίσιο στο οποίο κανείς αναζητεί βοήθεια· η τηλεσυμβουλευτική έχει αναπτυχθεί. Πώς θα βρεις όμως την τηλεσυμβουλευτική όταν δεν έχεις ένα καλό ίντερνετ σε ένα καλό νοσοκομείο; Πρόκειται για μια δυναμική εξέλιξη και αν συνυπολογιστεί η δυσκολία που είχαμε αυτά τα χρόνια στη διενέργεια των χειρουργείων εξαιτίας όλων αυτών, σε ό,τι αφορά την προστασία του ογκολογικού «μονοπατιού», έχουν συσσωρευτεί πολλά προβλήματα, τα οποία βλέπουμε τώρα. Είναι κοινή διαπίστωση όλων των συναδέλφων ότι βλέπουμε πλέον στα νοσοκομεία μεγάλης βαρύτητας νοσήματα με καθυστερημένη διάγνωση. Και βέβαια, αν προσθέσουμε την αυξημένη ανεργία και τις ανισότητες στο εισόδημα που επέφερε η πανδημία, αντιλαμβάνεστε ότι το πράγμα είναι μια ωρολογιακή βόμβα.

Για αυτό θα ήθελα να δω άμεσα από την πολιτεία σποτ στην τηλεόραση, κατ' αντιστοιχία των σποτ για τον εμβολιασμό, που να μην αφήνουν στον πληθυσμό αμφιβολία για το αν υπάρχει πλέον ασφάλεια στη διενέργεια των διαφόρων ελέγχων και την προσέλευση στα ιατρεία.

Αν θέλει κανείς να δει ποια είναι τα συνηθισμένα εμπόδια στην πρώιμη διάγνωση, μιλήσαμε για τον

αναλαφρητισμό υγείας και για το «στίγμα» – υπάρχει μια ιδιαίτερη διαφοροποίηση στην Ελλάδα όσον αφορά την πρώτη προσέλευση στον οικογενειακό γιατρό ή τον γενικό γιατρό. Και βέβαια εκεί χτίζεται ένα οικοδόμημα λανθασμένο, που αφορά τη μη καλή διάγνωση, την καθυστέρηση στη μεταφορά των ασθενών σε διάφορα διαγνωστικά παθολογοανατομικά κέντρα και τον κακό συντονισμό των μονοπατιών αναφοράς σε κέντρα που εξειδικεύονται σε κάποιους καρκίνους· σε αυτά θα πρέπει να προσθέσουμε και τα οικονομικά, γεωγραφικά και κοινωνικο-πολιτισμικά εμπόδια.

Σε μια μελέτη από το Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώνουμε ότι, από τα 20 συνηθισμένα συμπτώματα που υποδηλώνουν καρκίνο, 13 εμφανίζονται σε στάδια νωρίτερα του μεταστατικού, ενώ 19 στα 20 –εξαιρουμένης δηλαδή της τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας– μπορούμε επίσης να τα προλάβουμε αν υπάρχει καλή εκπαίδευση. Χρειαζόμαστε κατευθυντήριες γραμμές για τους πρωτοβάθμιους γιατρούς ώστε να μπορούν να ανιχνεύουν έγκαιρα αυτά τα συμπτώματα και να μην καθυστερεί η διαδικασία αναφοράς τους. Ένα μήνυμα για τους ανθρώπους που είναι στην ηγεσία είναι ότι, αν πάνε όλοι τώρα στα νοσοκομεία να κάνουν τεστ ή με συμπτώματα, δεν θα επαρκέσουν τα νοσοκομεία για αυτόν τον πληθυσμό, άρα χρειαζόμαστε καλή οργάνωση και υποστήριξη αυτού του φορέα.

Χρειαζόμαστε παρεμβάσεις, ενημέρωση, κατευθυντήριες γραμμές πρωτοβάθμιας υγείας, βελτίωση της ψηφιοποίησης της υγείας, βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υγεία καθώς και αύξηση της ικανότητας της πρωτοβάθμιας υγείας να παρέχει σωστή διάγνωση και σωστή αναφορά. Χρειαζόμαστε επίσης ενίσχυση των παθολογοανατομικών εργαστηρίων και των διαγνωστικών μεθόδων άλλων εξειδικευμένων κέντρων και βέβαια η πρόσβαση στη θεραπεία θα πρέπει να διευκολυνθεί σε όλα τα στάδια, από τους βιοδείκτες μέχρι τα νέα φάρμακα.

Επίσης, πρέπει να βάλουμε στόχους, όπως ότι σε ποσοστό τουλάχιστον 80% ένας ασθενής με ύποπτο σύμπτωμα θα πρέπει να γνωρίζει ότι έχει σύμπτωμα ύποπτο για καρκίνο και μέσα σε έναν μήνα από την αναφορά του στον οικογενειακό γιατρό να έχει διαγνωστεί και να έχει πάρει και τη θεραπεία του.

Καταλήγοντας, η πρώιμη διάγνωση είναι μια σημαντική στρατηγική στη δημόσια υγεία. Χρειαζόμαστε μια συντονισμένη προσπάθεια για να χτίσουμε



το δυναμικό της πρωτοβάθμιας υγείας, ώστε αυτή να μπορεί να οδηγεί σε ασφαλείς διαγνώσεις και γρήγορες παραπομπές. Θα πρέπει να ξεπεράσουμε τα οικονομικά, γεωγραφικά και λογιστικά εμπόδια τα οποία μας ταλαιπωρούν όλους καθημερινά.

Ονειρεύομαι έναν οδικό χάρτη σαν και αυτόν που κατήρτισε το Cancer Research UK για τα επόμενα χρόνια –μόνο για την πρώιμη διάγνωση– και ο οποίος περιλαμβάνει όλες τις σύγχρονες πρακτικές, από τη μοριακή βιολογία μέχρι την ψηφιοποίηση της υγείας, τη δημιουργία κινήτρων και την καινοτομία. Αν τα συνδυάσουμε όλα αυτά, και τα μυαλά θα μείνουν στην Ελλάδα και οικονομία πόρων θα κάνουμε και θέσεις εργασίας θα δημιουργήσουμε και την καινοτομία θα ωθήσουμε. ●



Μιχάλης Νικολάου

Παθολόγος ογκολόγος, Επιμελητής Α', Α' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας»

Μου ζητήθηκε να αναπτύξω την αξία του τελικού σταδίου. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει πρώτα να καθορίσουμε τι εννοούμε λέγοντας τελικό στάδιο. Ξεχωρίζοντας τους ογκολογικούς ασθενείς σε δύο κατηγορίες, στην πρώτη κατηγορία ανήκουν αυτοί οι οποίοι με τα φάρμακα θα μπορέσουν να πάρουν την ίαση –με την αρχαιοελληνική έννοια της λέξης– και στη δεύτερη οι άνθρωποι, οι οποίοι είναι μεταστατικοί και δεν θα μπορέσουν να κερδίσουν το στοίχημα της ίασης. Αυτούς θα πρέπει να τους ελαφρύνουμε από τα συμπτώματα, να τους κάνουμε να είναι σε μια λειτουργική κατάσταση και να έχουν μια καλή και ποιοτική ζωή. Το δεύτερο στάδιο λοιπόν χωρίζεται σε αυτό που μόλις ανέφερα και στην ύστατη φάση του τελικού σταδίου, όπου μιλάμε για παρηγορητική ή ανακουφιστική φροντίδα, που έχει να κάνει μόνο με τα συμπτώματα.

Όσον αφορά την αξία όλης αυτής της διαδικασίας, νομίζω ότι δεν είναι κάτι το οποίο μπορεί εύκολα να κοστολογηθεί. Η Eurostat το 2017, προσπαθώντας να καθορίσει κάπως την έννοια της φράσης “quality of life” (ποιότητα ζωής), ανέφερε ότι εμπεριέχει τις εμπειρίες ζωής, τις συνθήκες διαβίωσης, τις δραστηριότητες, την υγεία, την εκπαίδευση, τις κοινωνικές σχέσεις και την αναψυχή, την οικονομική ασφάλεια, τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα καθώς επίσης και το φυσικό περιβάλλον διαβίωσης.

Σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί αυτήν τη στιγμή στη χώρα μας, δυστυχώς υπάρχει σχεδόν παντελής έλλειψη από hospices (κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας για τους ασθενείς τελικού σταδίου). Είναι ένα πολύ μεγάλο στοίχημα για κάθε υπουργό και κάθε συνεργάτη του Υπουργείου Υγείας ώστε να μπορέσει να βάλει ένα λιθαράκι προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε αυτό το σημείο ό,τι και να προσθέσει κανείς θα φανεί, καθώς δεν έχει γίνει σχεδόν καμία ενέργεια.

Τεράστιο είναι το τσουνάμι που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τελικού σταδίου και ίσως ακόμα μεγαλύτερο αυτό που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές. Τεράστια και τα προβλήματα που δημιούργησε η εποχή της covid εξαιτίας της έντασης, του στρες, του άγχους, της απομόνωσης, των οικονομικών προβλημάτων που δημιουργήθηκαν, ενώ η περίοδος αυτή εξουθένωσε κυριολεκτικά τα άτομα με χρόνιες παθήσεις. Σίγουρα όλα αυτά είχαν αντίκτυπο τόσο σε πρακτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο αποφάσεων, συναισθηματικό, κοινωνικό, ψυχικό αλλά και πνευματικό.

Πού θα βρισκόμαστε αφού τελειώσει η εποχή της covid; Δεν μπορώ να το απαντήσω, καθώς νομίζω ότι δεν πρόκειται για μια στιγμή αλλά για μια φάση μεγάλης διάρκειας· όμως μέσα από αυτήν τη φάση δημιουργούνται πραγματικά ευκαιρίες. Θα αναφερθώ σε δύο ανακοινώσεις από το πανευρωπαϊκό συνέδριο ογκολογίας που έγινε πέρυσι. Η μία αφορά τη Βόρεια Ιταλία, όπου τρία νοσοκομεία οργάνωσαν την κατ' οίκον φροντίδα ασθενών με ογκολογικές θεραπείες. Τα βήματα ήταν δειλά· περισσότεροι ασθενείς ήταν σε παρακολούθηση παρά σε ενεργό εξάρτηση από χημειοθεραπεία. Η δεύτερη ήταν από το Πανεπιστήμιο της Βαρκελώνης και έδειξε τη μεγάλη σημασία της τηλεϊατρικής κατά την πανδημία. Πάλι όμως και εδώ με δειλά βήματα, με περισσότερο ενταγμένο πληθυσμό, που δεν έχει τόσο μεγάλη σχέση και εξάρτηση από την άμεση επέμβαση του γιατρού.

Στη μελέτη που έκανε η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.) με την IQVIA βλέπουμε ότι το 63% χρησιμοποίησε την άυλη συνταγογράφηση, η οποία έδωσε μια πολύ μεγάλη ανάσα στους ασθενείς, είτε αυτοί ήταν τελικού σταδίου είτε όχι. Στην ίδια μελέτη το 63% των ασθενών είπε ότι θα συνιστούσε την τηλεϊατρική και σε άλλους, γιατί τους δίνει μια άμεση επικοινωνία με τον γιατρό τους, ενώ το 17% θα προτιμούσε τη διαπροσωπική επαφή.

Με τη διοικήτρια του «Αγίου Σάββα» κ. Μπαλαούρα, αναπτύξαμε ένα πρόγραμμα το οποίο ονομάσαμε «ΟΙΚΟΘΕΝ». Ήταν μια φιλόδοξη προσπάθεια. Προσπαθήσαμε να καταγράψουμε το πού βρισκόμαστε και χρησιμοποιήσαμε τη φαντασία μας για να σχεδιάσουμε το πού θα θέλαμε να πάμε. Καταγράψαμε σε έναν πολύ μεγάλο τοίχο τα βασικά σημεία ως προς όλες τις πλευρές, την πλευρά του ασθενούς, την πλευρά του γιατρού, σε σχέση με τη διάλυση του φαρμάκου, την πλευρά του φαρμακείου, πώς αυτό θα συντηρηθεί κ.ο.κ.

Έτσι, σχεδιάσαμε αυτήν την εφαρμογή, την «ΟΙΚΟΘΕΝ», σε τρία στάδια. Θα μπορούσαμε πιλοτικά να πούμε ότι η υπηρεσία 1 μπορεί να γίνει άμεσα εφαρμόσιμη, η υπηρεσία 2 θα αφορά ολόκληρο το νοσοκομείο μας, τον Άγιο Σάββα και η υπηρεσία 3 θα αφορά το εθνικό επίπεδο. Έγιναν αρκετές συναντήσεις και συζητήσεις, είδαμε τις διεθνείς καλές πρακτικές παροχής φροντίδας κατ' οίκον, συνομιλήσαμε με τους ανθρώπους που κάνουν αυτήν τη δουλειά από το 2016 στο Christie στην Αγγλία, κα-



θώς επίσης είδαμε τι γίνεται και στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού και στην Αυστραλία. Χαρτογραφήσαμε όλη τη διαδικασία, το πώς ο εξοπλισμός και το υλικό μπορούν να μεταφερθούν με ασφάλεια, πώς μπορούν να απορριφθούν αφού γίνει χρήση τους, αποτιμήσαμε το κόστος και το όφελος σε χρόνο και για τους ασθενείς και για τους φροντιστές και θέσαμε τα κριτήριά μας για το ποιοι ασθενείς θα μπορούσαν να ενταχθούν.

Το οφέλη από αυτήν τη διαδικασία είναι τεράστια, όμως θα σας αφήσω με τα λόγια του πολύ σημαντικού Έλληνα ζωγράφου Μάκη Θεοφυλακτόπουλου από την τελευταία του συνέντευξη: «Τα περισσότερα πράγματα που κάνουμε είναι αποτέλεσμα της στάσης μας απέναντι στον θάνατο. Είτε το ξέρεις είτε όχι αυτό είναι: πώς επεξεργάζεται και πώς διαχειρίζεται ο εγκέφαλος του καθενός την έννοια του θανάτου και τον φόβο μπροστά σε αυτόν». ●



Ζένια Σαριδάκη – Ζώρα

Παθολόγος Ογκολόγος
 Πρόεδρος Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)
 Διευθύντρια στην Α' Ογκολογική Κλινική, "Metropolitan" Hospital, Αθήνα
 Επιστημονική υπεύθυνη Ογκολογικού Τμήματος «Ασκληπιός ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ», Ηράκλειο Κρήτης

Για την Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) είναι μια εξαιρετική τιμή να συνεχίζεται για δεύτερη χρονιά αυτό το συνέδριο του Economist και μάλιστα από πέρυσι που αφορούσε μόνο τον καρκίνο του πνεύμονα, φέτος να έχουμε αυτήν την επέκταση της συζήτησης σε τόσο πολλούς διαφορετικούς καρκίνους.

- Ο καρκίνος κατατάσσεται ως η πρώτη ή η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου (μεταξύ 30-69 ετών) σε 134 χώρες του κόσμου¹
- Περίπου 20 εκατ. νέες διαγνώσεις και 10 εκατ. θάνατοι σημειώθηκαν το 2020 με έναν στους τέσσερις άνδρες και μία στις πέντε γυναίκες να εμφανίζουν καρκίνο, κι έναν στους οκτώ άνδρες και μία στις έντεκα γυναίκες να καταλήγουν από τη νόσο².
- Το πρωί ανέφερε η Επίτροπος πόσο σημαντικό και αδιαμφισβήτητο είναι το βάρος του καρκίνου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς είναι πλέον η 1η νόσος με το μεγαλύτερο φορτίο³ και η 2η αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Δυστυχώς, προβλέπουμε μια έκρηξη μέχρι το 2040 σε σχέση με τα νέα περιστατικά και τους θανάτους. Ο αριθμός των νέων περιστατικών με καρκίνο στην Ευρώπη αναμένεται να φτάσει τα 5,32 εκατ., παρουσιάζοντας αύξηση της τάξης του 20% σε σχέση με το 2020⁴.

Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν την ανάγκη για μια ολοκληρωμένη και συντονισμένη παγκόσμια απάντηση στην καταπολέμηση της πανδημίας του καρκίνου, που υπήρξε πριν την covid-19, υπάρχει παράλληλα και θα υπάρξει και μετά.

Αναφορικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, τον πρώτο σε επίπτωση και την πρώτη αιτία θανάτου, συνεχίζει να παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα η πενταετής επιβίωση στη μεταστατική νόσο και παρά τις τεράστιες προόδους στα θεραπευτικά μέσα που έχουμε, εντούτοις δεν είναι τα πράγματα ακόμα τόσο ευοίωνα.

Στις 3 Φεβρουαρίου 2021 ανακοινώθηκε το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης και το ακούσαμε με μεγάλη χαρά. Ουσιαστικά, θέτει στο επίκεντρο τη διασφάλιση πρόσβασης σε φαρμακευτικές θεραπείες, στην καινοτομία και στα οφέλη της εξατομικευμένης ιατρικής, σε τέσσερις βασικούς τομείς: την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την έγκαιρη έναρξη θεραπείας και τη βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του πνεύμονα είναι πάρα πολύ συχνός. Είναι η 3η αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά και τα εγκεφαλικά και ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης δεν φαίνεται να υπάρχει ακόμα. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, βάσει των δεδομένων του ΠΟΥ, τα περιστατικά καρκίνου του πνεύμονα αναμένεται να εκτιναχθούν τα επόμενα χρόνια.

Αυτό που στην Ελλάδα λείπει είναι ουσιαστικά η θεσμοθέτηση υγειονομικής προτεραιότητας σε σχέση με ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο. Το όραμά μας, που ευελπιστούμε να πραγματοποιηθεί μέσω του Εθνικού Σχεδίου, είναι λιγότεροι ασθενείς με καρκίνο, έγκαιρη και γρήγορη έναρξη θεραπείας και καλύτερη ανακουφιστική προσέγγιση σε ασθενείς και φροντιστές, οικογένειες και συγγενείς.

Το Σχέδιο Δράσης που η ΕΟΠΕ θέλει να προτείνει στην κοινωνία, με χρονικό ορίζοντα 2021-2026 αναγνωρίζει τρεις βασικούς άξονες:

1. Πρόληψη
2. Έγκαιρη διάγνωση
3. Έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου

Συγκεκριμένα επιδιώκουμε:

- Χρήση καπνού από λιγότερο από το 20% του πληθυσμού μέχρι το 2026 και αντίστοιχα λιγότερο από 5% του πληθυσμού μέχρι το 2040
- Μείωση των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα κατά 10% σε διάστημα 5 ετών από την έναρξη της εφαρμογής του σχεδίου
- Μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα κατά 30% σε διάστημα 5 ετών από την έναρξη της εφαρμογής του σχεδίου
- Αύξηση της δεκαετούς επιβίωσης κατά 30% σε διάστημα 5 ετών από την έναρξη της εφαρμογής του σχεδίου
- Υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών και των φροντιστών

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο του Πνεύμονα / Άξονες και δράσεις

Πρόληψη

- Μείωση του καπνίσματος
- Υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής
- Ενημέρωση για την ατμοσφαιρική ρύπανση

Πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση

Οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, όσο δύσκολο κι αν ακούγεται αυτό.



Η συγγραφή του Σχεδίου Δράσης έχει ολοκληρωθεί και έχει ήδη αποσταλεί στο Υπουργείο. Περιμένουμε να το αγκαλιάσουν, να το διαβάσουν και μαζί με εμάς και με όλους εσάς να αποτελέσει την αρχή για την καταπολέμηση αυτής της μάστιγας στη χώρα μας. ●

¹ <https://canceratlas.cancer.org/the-burden/the-burden-of-cancer/>

² <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2020#>

³ <https://ec.europa.eu/jrc/en/page/burden-disease-182037>

⁴ https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?populations=908&single_unit=100000



Κωνσταντίνος Συρίγος

Καθηγητής Παθολογίας Ογκολογίας
 Διευθυντής Γ΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών,
 Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», πρόεδρος ΔΣ, Ελληνική Εταιρεία Καρκίνου Πνεύμονα (ΕΛ.Ε.ΚΑΠ.)

Αισθάνομαι ότι ο καρκίνος του πνεύμονα επιτέλους παίρνει τη θέση που αξίζει και δικαιούται, με αυτήν την πρωτοβουλία του Economist. Πρόκειται για μια πραγματική πανδημία, μια χρόνια πανδημία δεκαετιών που οι επιπτώσεις της δεν είναι μόνο υγειονομικές αλλά ευρύτερες, οικονομικές και κοινωνικές.

Για να την αντιμετωπίσουμε, υπάρχουν τα δεδομένα βάσει τεκμηρίωσης (evidence-based data), όπως είναι αυτά που προέρχονται από δημοσιεύσεις, κλινικές μελέτες, αλλά υπάρχει και ένας μεγάλος όγκος δεδομένων, πλούσιας ποικιλίας, βαρύτητας και αξίας, τα οποία επιλέγουμε μέχρι τώρα να τα αγνοούμε.

Αυτό συμβαίνει γιατί κυρίως δεν μπορούμε με αξιόπιστο τρόπο να τα καταγράψουμε και να τα αξιοποιήσουμε. Αυτά τα δεδομένα μπορούμε να τα βρούμε παντού δίπλα μας, στους φακέλους των ασθενών, στα αρχεία των νοσοκομείων, σε επιδημιολογικά αρχεία των δήμων ως αιτίες θανάτου, στα φαρμακεία, σε συνταγογραφήσεις, ακόμα και στα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία πλέον χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο.

Παρότι αυτά τα δεδομένα έχουν μεγαλύτερο, πιο ετερογενή και πιο ειδικό πληθυσμό από ό,τι οι κλινικές μελέτες, αντιπροσωπεύουν καλύτερα την πραγματικότητα και το πώς θεραπεύονται οι ασθενείς στο πεδίο και σέβονται τις οικονομικές και γεωγραφικές κατανομές των ασθενών. Αν μπορούσαμε να τα καταγράψουμε και να τα αναλύσουμε, θα ωφελείτο ο ασθενής, γιατί θα γνωρίζαμε καλύτερα ποιες είναι οι ανάγκες του, θα ωφελούνταν η βιομηχανία, η έρευνα, οι γιατροί αλλά και τα συστήματα υγείας.

Επιτέλους, φαίνεται ότι αυτό άρχισε να το καταλαβαίνει πρώτη η Ευρωπαϊκή Ένωση με το σύστημα DARWIN EU που καθιέρωσε μόλις πριν από λίγες εβδομάδες και μέχρι το 2024 θα πρέπει να είναι πλήρως ενεργό. Ο σκοπός του οργανισμού αυτού είναι η καλύτερη πρόσβαση και ανταλλαγή δεδομένων της καθημερινής κλινικής πρακτικής (real world data) ανάμεσα στις χώρες και τους κοινωνικούς εταίρους.

Φαίνεται επίσης ότι το κατάλαβαν και οι διεθνείς επιστημονικές εταιρίες. Τόσο η ESMO (European Society for Medical Oncology) όσο και η ASCO (American Society of Clinical Oncology) έχουν καθιερώσει μπρώο (registry) για τους καρκίνους, μια διαδικασία που έγινε πολύ πιο αποτελεσματική και πιο γρήγορη, από τότε που ήρθε ο κωρονοϊ-

ός. Η πανδημία μας υποχρέωσε να αξιοποιούμε τα μπρώα για να αποκτούμε γρήγορα γνώσεις και να τις χρησιμοποιούμε άμεσα στο πεδίο. Το να έχεις αξιοποιήσιμα real world data, να έχεις ένα σωστό μπρώο, δεν είναι εύκολο. Θέλει καλό σχεδιασμό, εκτέλεση και καλά δεδομένα, ώστε να αξιοποιηθούν αργότερα. Χρειάζεται προετοιμασία και ανθρώπινους πόρους.

Στην Ελλάδα μια τέτοια προσπάθεια έγινε από το ΕΚΠΑ στη δική μας Κλινική στο Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», η οποία οδήγησε σε δημοσιεύσεις και σε πολύ σημαντικά αποτελέσματα. Έδειξε ότι για τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα, από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι την έναρξη της θεραπείας μεσολαβεί ένα ανεπίτρεπτα μεγάλο χρονικό διάστημα καθυστέρησης, το οποίο μπορεί να στοιχίζει ζωές και με το οποίο πρέπει να ασχοληθούμε. Άμεσα.

Για να βοηθήσουμε σε τέτοιου είδους μπρώα, μπορούμε να εντάξουμε σε μια κοινή ηλεκτρονική πλατφόρμα θεραπευτικά πρωτόκολλα, ηλεκτρονικά αρχεία καταγραφής, συνταγογραφήσεις, παραγγελίες φαρμάκων, day unit clinics και νοσηλείες.

Συμπερασματικά, πολύ σημαντική πηγή δεδομένων αποτελούν τα real word data, τα οποία μας βοηθούν στην εκπαίδευση, στην έρευνα, στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, κάνουν πιο χρήσιμους τους πόρους της υγείας που όλοι χρησιμοποιούμε, αλλά πάνω από όλα βοηθούν τους ασθενείς μας για μια μορφή θεραπείας όσο το δυνατόν πιο εξατομικευμένη. ●



Σοφία Αγγελάκη

Καθηγήτρια Παθολογικής-Ογκολογίας
Παθολογική-Ογκολογική Κλινική ΠαΓΝΗ
Εργαστήριο Μεταφραστικής Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Σύμφωνα με πρόσφατες στατιστικές, ο καρκίνος αποτελεί βασική αιτία θανάτου στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), με τον καρκίνο του πνεύμονα να αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο με τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας μεγαλύτερα από 100 ανά 100.000 κατοίκους σε όλη την ΕΕ-27.¹ Για την Ελλάδα, τα αντίστοιχα ποσοστά θνησιμότητας ήταν 64,5 ανά 100.000 κατοίκους, το 2020.² Δυστυχώς, ο καρκίνος του πνεύμονα θα συνεχίσει να αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας και κατά τον 21ο αιώνα.

Παρά τις σημαντικές προόδους που σημειώθηκαν στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα κατά τα τελευταία 15 χρόνια, εξακολουθεί να ευθύνεται στην Ευρώπη για την απώλεια των περισσότερων σταθμιζόμενων με βάση την αναπηρία ετών ζωής (DALYs) σε σύγκριση με τους άλλους 4 συχνότερους καρκίνους, και συγκεκριμένα τους καρκίνους του παχέος εντέρου, του μαστού, του παγκρέατος και του προστάτη. Επιπλέον, οι πρόοδοι αυτές δεν οδήγησαν στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών στην ίδια κλίμακα που αυτό έχει επιτευχθεί σε άλλους καρκίνους. Έτσι, η σταθμιζόμενη με βάση την ηλικία 5ετής επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα είναι περίπου 10-20% στις περισσότερες από τις 61 χώρες που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη CONCORD-3, που είναι σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με την 5ετή επιβίωση άλλων καρκίνων, όπως για παράδειγμα του καρκίνου του μαστού που φτάνει το 90%.³ Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι ενώ η θνησιμότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα έχει μειωθεί κατά τα τελευταία χρόνια σε επίπεδο πληθυσμού, η μείωση αυτή σχετίζεται με τη μείωση της επίπτωσης των δύο κύριων υποτύπων του καρκίνου του πνεύμονα, σε συνδυασμό με την πρόοδο της θεραπείας στον μη-μικροκυτταρικό υπότυπο ενώ δεν αφορά την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.⁴

Τα πρώιμα στάδια του καρκίνου του πνεύμονα συσχετίζονται σημαντικά με καλύτερη πρόγνωση. Συνεπώς, η έγκαιρη διάγνωση των ασθενών θα μπορούσε να συνεισφέρει σημαντικά στη βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης, όμως η τρέχουσα προσέγγιση είναι αναποτελεσματική. Πράγματι, στις περισσότερες περιπτώσεις ο καρκίνος του πνεύμονα διαγιγνώσκεται σε εξαιρετικά προχωρημένο στάδιο, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να μην είναι σε θέση να επωφεληθούν από τις πρόσφατες θεραπευτικές εξελίξεις.⁴ Η έγκαιρη διάγνωση αφορά είτε την έγκαιρη αναγνώριση συμπτωματικών ασθενών με καρκίνο

του πνεύμονα, είτε τη διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα σε ασυμπτωματικούς ασθενείς και δυστυχώς εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική πρόκληση σήμερα. Είναι σημαντικό επίσης να τονιστεί εδώ ότι η καθυστέρηση στη διάγνωση πλήττει δυσανάλογα πολύ άτομα με κοινωνικο-οικονομική υστέρηση.

Οι διαγνωστικές καθυστερήσεις στον καρκίνο του πνεύμονα συσχετίζονται με το γεγονός ότι οι ασθενείς συχνά δεν έχουν συμπτώματα. Καθυστερήσεις όμως σημειώνονται και σε συμπτωματικούς ασθενείς γιατί τα συμπτώματα της νόσου συχνά είναι κοινά και μη ειδικά, με αποτέλεσμα να παραμένουν απαρατήρητα από τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας.⁵ Η άρνηση του ασθενούς και/ή ο μηδενισμός που απαντάται συχνά σε σχέση με την έκβαση του καρκίνου του πνεύμονα επίσης αποτελούν συχνές αιτίες. Βασικές προτεραιότητες προς την κατεύθυνση της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου αποτελούν η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας, η εφαρμογή των συστάσεων σχετικά με την αναγνώριση και παραπομπή των ασθενών⁶ και η χρήση των εργαλείων υποστήριξης αποφάσεων για την αξιολόγηση του κινδύνου για καρκίνο με βάση τα συμπτώματα.⁷ Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι οι ιατροί χρειάζεται να προτρέπονται να παραπέμπουν για περαιτέρω έλεγχο ακόμη και επί χαμηλών επιπέδων κλινικής υποψίας.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος ατόμων υψηλού κινδύνου με τη χρήση αξονικής τομογραφίας υψηλής δόσης (LDCT) συσχετίζεται με μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα κατά 20-25%.^{8,9} Σύμφωνα με την Ομάδα Εργασίας της Αμερικανικής Εταιρείας Πρόληψης (US Preventive Task Force, USPTF) συστήνεται ετήσιος έλεγχος με LDCT σε ενήλικες ηλικίας 50-80 ετών, που έχουν ιστορικό καπνίσματος 20 πακέτων-ετών και είναι ενεργό καπνιστές ή έχουν διακόψει το κάπνισμα τα τελευταία 15 χρόνια.¹⁰ Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα έχει υψηλό κόστος και συνδέεται με υψηλά ποσοστά ψευδώς θετικών ευρημάτων που συνεπάγονται επεμβατικές διαδικασίες σε άτομα χωρίς καρκίνο και σημαντική επιβάρυνση για τους ασθενείς και το σύστημα υγείας. Παρά τα επαρκή στοιχεία που υποστηρίζουν το όφελος του προσυμπτωματικού ελέγχου, η επιτυχής εφαρμογή του εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική πρόκληση. Βασική προτεραιότητα για την επιτυχία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου αποτελεί η στόχευση ατόμων με υψηλότερο ρίσκο αντί για την

ευρεία εξέταση του πληθυσμού, ώστε να μειωθούν οι ανάγκες σε απεικονιστικές εξετάσεις αλλά και οι διερευνήσεις ψευδώς θετικών ευρημάτων. Λαμβάνοντας υπόψη τα χαμηλά ποσοστά υιοθέτησης του προληπτικού ελέγχου ακόμη και σε συστήματα όπου έχει δοθεί σχετική έγκριση από τις ρυθμιστικές αρχές, αναγκαία είναι η βελτιστοποίηση του βαθμού απορρόφησης του προσυμπτωματικού ελέγχου μεταξύ των ομάδων υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, σημαντικές προτεραιότητες αποτελούν η εξατομικευμένη διαστρωμάτωση κινδύνου μετά την αρχική LDCT, ο καθορισμός των βέλτιστων μεσοδιαστημάτων ελέγχου, η ακριβής εκτίμηση του κινδύνου κακοήθειας των πνευμονικών οζιδίων και η οργάνωση του συστήματος εφαρμογής του προσυμπτωματικού ελέγχου σε επίπεδο συστήματος υγείας (κατάλληλος τεχνολογικός εξοπλισμός και υποδομές, εξειδίκευση επαγγελματιών υγείας, κατάντης διαχείριση των ευρημάτων).¹¹

Τέλος, η εμπλοκή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) έχει ουσιαστικό ρόλο στην προσπάθεια για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα.^{5,12} Συγκεκριμένα, η εδραίωση της ενσωμάτωσης πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης φροντίδας είναι ζωτικής σημασίας, γιατί έτσι εξασφαλίζεται η άμεση πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και η ταχύτερη διερεύνηση των ευρημάτων. Προς την ίδια κατεύθυνση, αναγκαία είναι η δημιουργία επιταχυνόμενων διαγνωστικών μονοπατιών εντός του συστήματος υγείας. Η συμμετοχή των ιατρών της ΠΦΥ είναι αναγκαία και για την επιτυχία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου λόγω του σημαντικού τους ρόλου στην ευαισθητοποίηση του κοινού, στον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου, στην προσέγγιση δυσπρόσιτων κοινοτήτων, στην αποδοχή των προγραμμάτων καθώς και στην παρακολούθηση των ατόμων με θετικά ευρήματα. ●

¹ Eurostat (hlth_cd_asdr2)

² ECIS, European Cancer Information System, 2020

³ Allemani C, et al; CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018 Mar 17;391(10125):1023-1075. (17)33326-3. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29395269; PMCID: PMC5879496

⁴ Howlader N, Forjaz G, Mooradian MJ, et al. "The effect of advances in lung-cancer treatment on population mortality." *N Engl J Med* 2020; 383(7): 640-649.

⁵ Bradley, s.h., Kennedy, m.p.t. & Neal, r.d. recognising lung cancer in primary care. *adv ther* 36, 19-30 (2019). <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0843-5>

⁶ National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline [NG12]. Suspected cancer: recognition and referral 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>

⁷ Hamilton W, Green T, Martins T, Elliott K, Rubin G, Macleod U. "Evaluation of risk assessment tools for suspected cancer in general practice: a cohort study." *Br J Gen Pract*. 2013 Jan;63(606):e30-6. doi: 10.3399/bjgp13X660751. PMID: 23336455; PMCID: PMC3529290

⁸ National Lung Screening Trial Research Team. "Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening." *N Engl J Med* 2011; 365(5): 395-409;

⁹ de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, et al. "Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial." *N Engl J Med* 2020; 382(6): 503-513.

¹⁰ US Preventive Services Task Force. Draft evidence review. Lung cancer: screening. USPSTF, 2020

¹¹ Burzic A, O'Dowd EL, Baldwin DR. "The Future of Lung Cancer Screening: Current Challenges and Research Priorities." *Cancer Manag Res*. 2022 Feb 16;14:637-645. doi: 10.2147/CMAR.S293877. PMID: 35210860; PMCID: PMC8859535

¹² Sullivan FM, van Beusekom M. "Early diagnosis of lung cancer in people most at risk." *Br J Gen Pract*. 2020 Nov 26;70(701):572-573. doi: 10.3399/bjgp20X713537. PMID: 33243902; PMCID: PMC7707045



Ζωή Γραμματόγλου

Πρόεδρος Κ.Ε.Φ.Ι. Αθηνών

Οι πρωτόγνωρες συνθήκες που επέφερε η πανδημία σε κάθε πτυχή της ζωής και της καθημερινότητάς μας ανέδειξαν περίτρανα τη σημασία της ατομικής αλλά και της συλλογικής ευθύνης, καθώς και τη δύναμη του εμείς μπροστά στην αδυναμία του εγώ.

Ο καρκίνος είναι η πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα. 68 χιλιάδες νέες περιπτώσεις της νόσου διαγιγνώσκονται ετησίως, ενώ 33 χιλιάδες καρκινοπαθείς χάνουν τη ζωή τους.

Τα τελευταία χρόνια η πανδημία είχε επιπτώσεις στην πρόληψη αλλά και την έγκαιρη αντιμετώπιση περιπτώσεων ασθενών με καρκίνο. Πολλοί αναγκάστηκαν να αναζητήσουν θεραπεία σε ιδιωτικές κλινικές, πληρώνοντας από το υστέρημά τους. Επιστημονικές μελέτες επισημαίνουν πως η υστέρηση σε προληπτικές εξετάσεις θα έχει ως αποτέλεσμα στο επόμενο χρονικό διάστημα την αύξηση του ποσοστού διαγνώσεων πιο προχωρημένων καρκίνων σε επίπεδο που μπορεί να αγγίξει το 15%. Θετική εξαίρεση αποτελούν οι διαγνώσεις καρκίνου των πνευμόνων που έγιναν λόγω των αυξημένων εξετάσεων των πνευμόνων εξαιτίας της covid-19.

Όμως παρά τις αρνητικές πτυχές, η κρίση του κορωνοϊού μπορεί να προσφέρει μια ευκαιρία για αλλαγές, διότι η πανδημία μπορεί να φέρει κάποιες νέες θετικές ανθρωπιστικές συνειδητοποιήσεις, που η εξειδικευμένη επιστημονική γνώση και τεχνολογία δεν μπορούν να προσφέρουν, επειδή αποτελούν μόνο μέρος της επίλυσης του προβλήματος.

Η μετατροπή πολλών νοσοκομείων σε μονάδες covid-19 είχε ως αποτέλεσμα να υπάρξουν μεγάλες καθυστερήσεις τόσο στις προγραμματισμένες θεραπείες όσο και στα χειρουργεία, ενώ η αραίωση των ραντεβού για λόγους ασφαλείας επιβάρυνε σημαντικά και τις αναμονές για ακτινοθεραπεία. Οι νοσηλεύσιμοι ασθενείς με καρκίνο λόγω μετακινήσεων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε κλινικές και νοσοκομεία ή άλλων λόγων που συνέβαλαν στη μείωση του δυναμικού των κλινικών, ταλαιπωρήθηκαν πολύ, καθώς δεν ελάμβαναν την απαιτούμενη φροντίδα, δεδομένου ότι υπάρχει ακόμη απαγόρευση εισόδου στους φροντιστές τους χωρίς να έχει εξασφαλιστεί το απαιτούμενο για την κάλυψη των αναγκών αυτών προσωπικό. Οι δε εξωτερικοί ασθενείς που βρίσκονται υπό παρακολούθηση δεν είχαν τη δυνατότητα επικοινωνίας με τους γιατρούς τους για αρκετά μεγάλο διάστημα, ενώ ακόμη και σήμερα η κατάσταση δεν έχει ομαλοποιηθεί.

Επιπλέον, μεγάλο πρόβλημα εντοπίστηκε και στις διαγνώσεις νέων περιστατικών, οι οποίες κατά το 2020-21 ήταν σημαντικά μειωμένες σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, ενώ μια μεγάλη μερίδα ασθενών αναγκάζεται να προσφύγει στον ιδιωτικό τομέα και να λάβει τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, γεγονός που φέρνει σημαντική οικονομική επιβάρυνση στον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του.

Τέλος, θα πρέπει να αναφέρω ότι ανέκυψαν και εργασιακά θέματα, τα οποία σχετίζονται με τη μη αναγνώριση μεγάλης κατηγορίας ασθενών με καρκίνο ότι ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες πολιτών, δεδομένου ότι οι ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας, περιποίησης και αποκατάστασης που έχουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν είναι δυνατόν να αποτυπωθούν μέσα από τους αριθμούς και τους πίνακες ποσοστών αναπηρίας.

Ο Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι. όλο αυτό το διάστημα έγινε αποδέκτης πολλών ερωτήσεων, παραπόνων, προβλημάτων και προκλήσεων με σημείο αναφοράς την πανδημία και ευχαριστούμε τους ασθενείς και τα μέλη μας για την εμπιστοσύνη και τη βοήθεια που μας έδωσαν. Όλα αυτά τα προβλήματα αποτέλεσαν τον πυρήνα της δράσης που αναπτύξαμε όλο αυτό διάστημα, με στόχο αφενός να καλύψουμε τα κενά που εντοπίζαμε και αφετέρου να λυθούν τα προβλήματα –όπου και όσο ήταν δυνατόν– σε τοπικό επίπεδο και γενικά πανελλαδικά από την επικοινωνία που είχαμε με ασθενείς από την επαρχία. Επενδύσαμε σε κοινές δράσεις και πρωτοβουλίες με επιστημονικούς φορείς, δημιουργήσαμε συνεργασίες με τον ιδιωτικό τομέα, αναπτύξαμε νέες μορφές επικοινωνίας με τα μέλη μας, δώσαμε έμφαση στην εκπαίδευση και εστίασαμε στην παροχή ορθής και τεκμηριωμένης ενημέρωσης για την covid-19 και τη σχέση της με τον καρκίνο.

Η πολιτεία οφείλει, κατά την άποψή μου, να δώσει περισσότερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μια επένδυση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μια επένδυση στην άμυνα της χώρας, γιατί στόχος είναι να διασφαλίσουμε μια νέα ισορροπία στην εθνική πολιτική της υγείας, την οικονομική ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και τη βιωσιμότητα με καλύτερη αξιοποίηση και συμμετοχή και του ιδιωτικού τομέα παράλληλα με τον κρατικό στην παροχή φροντίδας στην κοινότητα με την ενεργοποίηση των σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων. Εδώ μιλάμε για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όχι απλά ως πυλώνα ενός σύγχρονου συστήματος



αλλά ως ένα ευρύ κοινωνικό όραμα με βάση τις αρχές της συμμετοχικότητας, της ισοτιμίας και φυσικά της καθολικής κάλυψης, δηλαδή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του πληθυσμού άνευ διακρίσεων και με βασικό στόχο και τα προγράμματα πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας, που δεν υπάρχουν δυστυχώς στη χώρα μας.

Τα αιτήματα των ασθενών στη μετα-covid 19 εποχή:

1. Να έχουν έγκαιρη, πλήρη, ακριβή και εύκολα προσβάσιμη πληροφόρηση για τη λειτουργία των ογκολογικών ποσοκομείων και κλινικών.
2. Να εξασφαλίζεται η συνέχεια της παροχής ογκολογικής περίθαλψης και φροντίδας.
3. Η λειτουργία των ογκολογικών ποσοκομείων και κλινικών να εξασφαλίζει τις συνθήκες ασφάλειας των ασθενών και του προσωπικού.
4. Ο ασθενής να έχει πλήρη ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και τη θεραπεία που λαμβάνει από τον θεράποντα ιατρό του.
5. Να διευκολύνεται η επαφή του με άλλους ασθενείς για αλληλοενημέρωση και ενδυνάμωση.
6. Να υποστηρίζεται η βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων που του επιτρέπουν τη διαδικτυακή ενημέρωση, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και την επικοινωνία.

Στην Ελλάδα ζούμε το παράδοξο της έγκρισης και της αποζημίωσης των νεότερων πολύ ακριβών θεραπειών, ακόμη και με μεγάλες καθυστερήσεις, χωρίς την έγκριση των σχετικών βιοδεικτών, που θα έδειχναν ποιοι ασθενείς με καρκίνο θα ωφελούνταν περισσότερο από αυτές τις θεραπείες. 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 πρέπει να αντιμετωπίσουν αρκετά εμπόδια στην πρόσβασή τους στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου 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
- Ψηφιακές εφαρμογές υγείας αρχίζοντας από τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας μέχρι τις εφαρμογές που διευκολύνουν την πλοήγηση στο σύστημα δημόσιας υγείας
- Ένα σύγχρονο εθνικό σχέδιο για τον έλεγχο του καρκίνου, με ξεχωριστά κεφάλαια αφιερωμένα στα πέντε συνηθέστερα είδη καρκίνου, καθώς και κεφάλαια για τους σπάνιους και παιδιατρικούς καρκίνους

- Ένα πληθυσμιακό Εθνικό Μητρώο Καρκίνου και την έναρξη λειτουργίας του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου που ιδρύθηκε με νόμο τον Μάρτιο του 2019.

Μόνο αν υπάρξει πολιτική βούληση μπορούν να λυθούν τα προβλήματα. Έχω δει όλους τους υπουργούς Υγείας τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια να αναφέρονται στην 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.

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;

Εδώ δεν γνωρίζουμε ακόμη και δεν ξέρουμε στις περιοχές ευθύνης των δικτύων και των κέντρων υγείας ποιος είναι ο προϋπολογισμός και ποια η επίπτωση σε συγκεκριμένα νοσήματα και σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές. Για να μπορούμε να βρούμε κάτι ποιοτικό, πρέπει να γίνει πλήρης ψηφιοποίηση των συναλλαγών στη λήψη αποφάσεων ιατρικού και διαχειριστικού χαρακτήρα και να υπάρξει προσήλωση στη διαφάνεια μέσω της τήρησης όλων των μέσων που έχουμε. Όλα αυτά μόνο έναν στόχο έχουν για το σημαντικό πολυδιάστατο και δυναμικό όφελος, τόσο προς τον ασθενή, το κοινωνικό σύνολο, το σύστημα υγείας και φυσικά την εθνική οικονομία. ●



Thomas Hofmarcher

Οικονομολόγος υγείας
Σουηδικό Ινστιτούτο Οικονομικών της Υγείας (IHE)

Σας ευχαριστώ πολύ για την ευκαιρία να παρα-
στώ εδώ σήμερα συμμετέχοντας σε αυτήν τη
διακεκριμένη ομάδα ομιλητών. Ονομάζομαι
Thomas Hofmarcher, είμαι οικονομολόγος της υγείας
στο ΙΗΕ, το Σουηδικό Ινστιτούτο Οικονομικών
της Υγείας. Μαζί με τον καθηγητή Peter Lindgren
και τον καθηγητή Nils Wilking έχω συντάξει μια
έκθεση με τίτλο “Diagnosed but not treated: How
to improve patient access to advanced non-small
cell lung cancer treatment in Europe” («Με διά-
γνωση αλλά χωρίς θεραπεία: Πώς θα βελτιώσουμε
την πρόσβαση στη θεραπεία των ασθενών με μη
μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα προχωρη-
μένου σταδίου»). Δημοσιεύσαμε την έκθεση αυτήν
πριν από έναν μήνα, την Παγκόσμια Ημέρα κατά του
Καρκίνου.

Οι προηγούμενοι ομιλητές έχουν ήδη επισημάνει
τα βασικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του πνεύμο-
να. Είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στην
Ευρώπη και στην Ελλάδα. Η πρόγνωση είναι πραγ-
ματικά κακή. Πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση μόνο
το 10-20% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα
παραμένουν ακόμη εν ζωή. Τα καλά νέα είναι ότι
τα τελευταία 10 χρόνια οι θεραπευτικές δυνατότητες
έχουν βελτιωθεί πολύ, ιδίως για τον μη μικροκυττα-
ρικό καρκίνο του πνεύμονα προχωρημένου σταδίου
(ΜΜΚΠ). Το ερώτημα είναι βέβαια αν οι ασθενείς
έχουν πρόσβαση σε αυτές τις θεραπείες.

Αυτό με οδηγεί στα ερευνητικά ερωτήματα που
προσπαθήσαμε να αναλύσουμε στην έκθεσή μας.
Το πρώτο ερώτημα ήταν πόσοι ασθενείς με προχω-
ρημένο ΜΜΚΠ λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.
Είναι σημαντικό να το γνωρίζουμε, διότι σε αυτήν
την ομάδα ασθενών η φαρμακευτική αγωγή είναι
η συνιστώμενη θεραπευτική επιλογή. Το δεύτερο
ερώτημα ήταν γιατί πολλοί ασθενείς δεν λαμβάνουν
φαρμακευτική αγωγή και όσοι λαμβάνουν, γιατί
λαμβάνουν ξεπερασμένες φαρμακευτικές αγωγές.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν για την Ελλά-
δα από την έκθεσή μας, όσον αφορά τα έτη 2014-
2020, έχουν ως εξής: Το χρονικό διάστημα 2014-
2016 το συνολικό ποσοστό ασθενών που έλαβαν
φαρμακευτική αγωγή ήταν περίπου 60% στην Ελλά-
δα, γεγονός που σημαίνει ότι το 40% δεν λάμβανε
θεραπεία. Η κατάσταση βελτιώθηκε λίγο, και κατά το
διάστημα 2018-2020 εκτιμούμε ότι περίπου το 70%
των ασθενών λάμβαναν θεραπεία. Αυτό που έχει εν-
διαφέρον, βέβαια, είναι να συγκρίνουμε τα ελληνικά
αποτελέσματα με τον δείκτη αναφοράς της βέλτιστης

θεραπείας. Με βάση τις ευρωπαϊκές κλινικές κατευ-
θυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παθο-
λογικής Ογκολογίας (ESMO), περίπου το 75% των
ασθενών συνιστάται να λαμβάνουν φαρμακευτική
αγωγή. Αυτό δεν έχει αλλάξει μεταξύ του 2014 και
του 2020. Αυτό που άλλαξε είναι το είδος της θερα-
πείας που θα πρέπει να λαμβάνουν οι ασθενείς, οι
οποίοι κατευθύνονται πλέον, ως επί το πλείστον, πε-
ρισσότερο προς την ανοσοθεραπεία ή, σε μικρότερο
βαθμό, προς τη στοχευμένη θεραπεία και λιγότερο
προς τη χημειοθεραπεία. Η Ελλάδα δεν φαίνεται να
απέχει πολύ, τα τελευταία χρόνια, από το ποσοστό
αναφοράς του 75% (δηλαδή 75% των ασθενών
λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή), αλλά φαίνεται να
παρέχει συνολικά πολύ λίγες ανοσοθεραπείες και
στοχευμένες θεραπείες. Χωρίς τη χορήγηση αυτών
των σύγχρονων θεραπευτικών επιλογών, η πορεία
της νόσου είναι δύσκολο να βελτιωθεί.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα για τις υπόλοιπες
11 χώρες της έκθεσής μας: Αν εξετάσουμε τα έτη
2014 και 2019, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει μεγάλη
διακύμανση στο συνολικό ποσοστό θεραπείας του
ΜΜΚΠ. Ίσως κάπως απροσδόκητα για τους ανθρώ-
πους εκτός Ελλάδας, η Ελλάδα συγκαταλέγεται στην
κορυφαία ομάδα χωρών της έκθεσής μας, μαζί με
το Βέλγιο, τη Νορβηγία και την Πορτογαλία. Στις
τελευταίες θέσεις έχουμε τη Μεγάλη Βρετανία και
την Πολωνία. Ωστόσο, ακόμη και στις χώρες που
βρίσκονται στην κορυφή διαπιστώνουμε, όπως και
στην Ελλάδα, ότι τόσο η ανοσοθεραπεία όσο και η
στοχευμένη θεραπεία υποχρησιμοποιούνται.

Ερμηνεύοντας αυτά τα αποτελέσματα, σε γενικές
γραμμές έχουμε εντοπίσει 4 βασικούς λόγους για
τους οποίους οι ασθενείς παραμένουν χωρίς θερα-
πεία. Ο πρώτος είναι η κακή κατάσταση της υγείας
τους κατά τη διάγνωση: λόγω αυτού, το συνολικό
ποσοστό αναφοράς για τη χορήγηση φαρμακευτι-
κής αγωγής είναι 75% και όχι 100%. Ο δεύτερος
είναι η χρονική καθυστέρηση από τη διάγνωση έως
τη λήψη αγωγής, κατά τη διάρκεια της οποίας η κα-
τάσταση της υγείας των ασθενών επιδεινώνεται και
όταν τελικά υποτίθεται ότι θα λάβουν αγωγή, είναι
πολύ άρρωστοι για να τη λάβουν. Ο τρίτος είναι τα
στενά κριτήρια επιλεξιμότητας για τη λήψη φαρμα-
κευτικής αγωγής και ο τέταρτος είναι η άρνηση θερα-
πείας από τους ασθενείς.

Εντοπίσαμε επίσης 4 βασικούς λόγους για τους
οποίους οι ασθενείς λαμβάνουν ξεπερασμένες थे-
ραπείες. Ο πρώτος είναι οι καθυστερήσεις στην



αποζημίωση των σύγχρονων φαρμάκων μετά την έγκρισή τους από τον EMA (Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων). Ο δεύτερος είναι τα περιορισμένα δημόσια κονδύλια για το φάρμακο, πράγμα που επηρεάζει την αποζημίωση τόσο των νέων όσο και των υφιστάμενων φαρμάκων. Ο τρίτος είναι οι περιορισμένοι πόροι για εκτεταμένες γονιδιωματικές εξετάσεις, οι οποίες αποτελούν προϋπόθεση για τη χορήγηση των σύγχρονων φαρμάκων. Ο τέταρτος είναι η περιορισμένη ιατρική επιμόρφωση, η οποία δεν αποτελεί πρόβλημα για τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, αλλά μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα για τα μικρότερα νοσοκομεία σε αγροτικές περιοχές.

Στην έκθεση προσπαθήσαμε παράλληλα να εντοπίσουμε λύσεις για την υπέρβαση των εμποδίων αυτών. Ανυπομονώ να συζητήσω τα αποτελέσματα, τα εμπόδια και τις πιθανές λύσεις με τους υπόλοιπους συναδέλφους μου στο πάνελ. ●



Πάρις Κοσμίδης

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

Ακούστηκαν πολύ ωραίες εισηγήσεις και πρέπει να συγχαρώ τους ομιλητές, οι οποίοι παρουσίασαν τον καρκίνο του πνεύμονα σε όλες του τις διαστάσεις: έγκαιρη διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία, υποστήριξη, εθνικό αρχείο νεοπλασιών. Πολλά επίπεδα, τα οποία από μόνο του το καθένα, δεν είναι σε θέση να λύσει το μεγάλο πρόβλημα του καρκίνου του πνεύμονα και κατ' επέκτασιν όλων των άλλων καρκίνων.

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ένας καρκίνος μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της ασθένειας του καρκίνου και πρέπει να τον δούμε σαν μια αλυσίδα που αποτελείται από πολλούς κρίκους. Μια αλυσίδα, την οποία θα πρέπει να τη δημιουργήσουμε, να την προγραμματίσουμε, να τη σχεδιάσουμε, ώστε όλα τα αναπόσπαστα μέρη να μπορούν να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα για να έχουμε επιτυχία.

Η αλήθεια είναι ότι έχουν γίνει προσπάθειες από την ΕΕ, όπως επίσης και σε εθνικό επίπεδο, αλλά παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί, δεν έχουμε φτάσει στο επιθυμητό επίπεδο, στο επιθυμητό σημείο να είμαστε όλοι ικανοποιημένοι και να μην ακούμε τους συλλόγους, όπως ακούσαμε πριν, με τα πολλά τους παράπονα.

Το πρόβλημα σχετικά με το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης είναι ότι δεν υπάρχει νομολογία η οποία να επιβάλλει το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης του καρκίνου να αποτελεί και εθνικό σχέδιο δράσης κάθε χώρας. Απλώς, έτσι είναι οι νόμοι, υποδεικνύει τι πρέπει να γίνει. Και αν δεν γίνει, δεν υπάρχουν ρήτρες ποινής – ίσως είναι μια πρόταση.

Το εθνικό σχέδιο δράσης, το οποίο πρέπει λίγο πολύ να συμβαδίζει με το ευρωπαϊκό, είναι απαραίτητο. Χρειάζεται όμως έναν πολύ ισχυρό παράγοντα: την πολιτική βούληση. Αυτή η πολιτική βούληση, όσο μπορώ να θυμάμαι πίσω τα χρόνια, υπήρχε με διακυμάνσεις: άλλοτε λίγο, άλλοτε πολύ, άλλοτε καθόλου. Ποτέ όμως δεν έφτασε στο σημείο να είναι καθοριστική.

Και για να φέρω ένα παράδειγμα, αν δεν ξέρουμε το πρόβλημά μας, αν δεν γνωρίζουμε πόσοι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα υπάρχουν στις διάφορες χώρες, πόλεις, χωριά της χώρας μας, ώστε να μπορέσουμε να βγάλουμε συμπεράσματα «γιατί», «πώς» και «τι», αυτό που λέμε *registry*, με τίποτα δεν μπορούμε να κάνουμε εθνικό σχέδιο εναντίον του καρκίνου.

Τέλος, αναφορικά με το εθνικό σχέδιο καρκίνου πνεύμονος, είναι απαραίτητο και πρέπει να συμβαδίζει με την ύπαρξη ενός *registry* πανελλαδικά. ●



Μίνα Γκάγκα

Αναπληρώτρια υπουργός Υγείας

Ως πνευμονολόγος ασχολούμαι με τον καρκίνο του πνεύμονα σε ένα νοσοκομείο που βλέπει τα περισσότερα περιστατικά καρκίνου πνεύμονα σε όλη την Ελλάδα. Περίπου 2.000 νέα περιστατικά τον χρόνο, τα οποία αναλαμβάνουμε τόσο για τη διάγνωση όσο και για τη θεραπεία και συνολική αντιμετώπιση.

Όσον αφορά στους μοριακούς δείκτες για τον καρκίνο, πράγματι έχουμε τη βοήθεια από την Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) και από την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία για να μπορούμε να κάνουμε τους 4 δείκτες, αλλά ως κράτος θέλουμε να κάνουμε κάτι καλύτερο ακολουθώντας τα χνάρια της Γαλλίας, η οποία έχει εγκρίνει συγκεκριμένα εργαστήρια σε κάθε περιοχή και είναι με συγκεκριμένο ποσό όλο το πάνελ για τη μοριακή διάγνωση του καρκίνου. Αυτή είναι η κατεύθυνση στην οποία πρέπει να κινηθούμε.

Ο καρκίνος και στην Ευρώπη είναι πάρα πολύ σημαντικός, με πιο θανατηφόρο τον καρκίνο του πνεύμονα. Σχετικά με τα ελληνικά επιδημιολογικά δεδομένα για τον καρκίνο, είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα στη χώρα, το 25% των θανάτων, 1 στους 4 δηλαδή, οφείλεται σε κάποιο νεόπλασμα. Άρα, είναι μια πραγματική πανδημία.

Υπάρχει τώρα το Ευρωπαϊκό σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου που υποδεικνύει τι πρέπει να κάνουμε όλοι στην Ευρώπη. Ξεκινώντας από την εκπαίδευση, τη γνώση και την έρευνα, να έχουμε μια εύκολη πρόσβαση για διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου που να σχετίζεται με το ποιος είναι ο ασθενής, δηλαδή να σκεφτόμαστε πρώτα ασθενοκεντρικά και να έχουμε καλύτερη πρόληψη, που είναι σημαντικό.

Η πρόληψη είναι σαφώς το πιο αποδοτικό και καλύτερο μέτρο που μπορούμε να λάβουμε. Δηλαδή, ξεκινώντας από τα παιδιά του Δημοτικού με εκπαίδευση που προάγει την υγιεινή διατροφή και την άσκηση και πρόληψη για το κάπνισμα, μπορούμε να προλάβουμε πριν ακόμα ξεκινήσουν το κάπνισμα ή σε μεγαλύτερες ηλικίες να το μειώσουν και να επιτύχουμε τη μείωση του καρκίνου, των καρδιοπαθειών, των αναπνευστικών νοσημάτων. Συνεπώς, έχει πολύ μεγάλη σημασία το πώς ξεκινάμε την πρόληψη με τα παιδιά και αυτό είναι κάτι κεφαλαίως στην πολιτική μας.

Σήμερα μιλούσαμε στη Βουλή για την παιδική παχυσαρκία, για την οποία είναι επίσης πολύ σημαντικό να υπάρχει πρόληψη, ξεκινώντας με τα μικρά παιδιά

που μαθαίνουν εύκολα τι πρέπει να τρώνε, ποια είναι η αγωγή υγείας, πόσο πρέπει να αθλούνται.

Αυτά είναι πράγματα που μπορούμε να κάνουμε και έχουν εξαιρετικά χαμηλό κόστος. Το κόστος της υγείας το επωμιζόμαστε όλοι και επομένως μπορούμε να πάμε πολύ καλά με τέτοιου είδους μέτρα πρόληψης και να μειώσουμε όχι μόνο το κόστος, που είναι σημαντικό, αλλά δεν είναι αυτό που μας ενδιαφέρει πιο πολύ. Περισσότερο μας ενδιαφέρει η αγωνία και ο κίνδυνος κάθε ασθενούς, οι θάνατοι και η κακή ποιότητα ζωής, που είναι συνδεδεμένη με οποιοδήποτε χρόνιο νόσημα, και φυσικά με τον καρκίνο που προκαλεί πάρα πολύ φόβο και επηρεάζει τον ίδιο τον ασθενή, όλη του την οικογένεια και τους φίλους του.

Συνεπώς, θέλουμε να βελτιώσουμε γενικά την αγωγή υγείας και να μειώσουμε την έκθεση σε οποιονδήποτε παράγοντα μπορεί να συσχετίζεται με τον καρκίνο. Θέλουμε επίσης να έχουμε πρώιμη διάγνωση και ξεκινάμε τρία προγράμματα για την πρώιμη διάγνωση στον καρκίνο, για καρκίνο μαστού, τραχήλου μήτρας και ορθού (προγράμματα screening).

Ο σχεδιασμός είναι λοιπόν να βοηθήσουμε παρέχοντας στοχευμένη και εξατομικευμένη αγωγή για τον ασθενή, να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής των ασθενών και βεβαίως να μειώσουμε τις διάφορες ανισότητες που υπάρχουν όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας για όλους.

Η Ελλάδα λόγω της γεωγραφικής της κατανομής προσφέρει διαφορετική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, π.χ. διαφέρει η πρόσβαση όταν είσαι σε ένα πολύ μικρό νησί με λίγους κατοίκους ή σε ένα μεγαλύτερο νησί που έχει συγκεκριμένες υπηρεσίες ή σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο όπως είναι η Αθήνα. Φυσικά, δεν μπορούν να υπάρχουν οι ίδιες μονάδες σε κάθε τόπο, άρα η διασύνδεση και οι καλές υπηρεσίες υγείας είναι αυτά που πρέπει να βελτιώσουμε.

Υπάρχει παράλληλα και το πρόβλημα των παιδιών, που επίσης είναι μέσα στο πλάνο της Ελλάδας για τη βελτίωση του καρκίνου, γιατί έχουμε έναν σημαντικό αριθμό παιδιών. Δεν είναι αριθμητικά πολλά, αλλά είναι πολλά γιατί το καθένα είναι πάρα πολύ σημαντικό. Άρα, έχουμε καρκίνους και στα μικρά παιδιά και στους εφήβους, που πρέπει να τους διαγνώσουμε γρήγορα και να τους αντιμετωπίσουμε άρτια.



Οι καρκίνοι παιδικής ηλικίας που έχουμε είναι περίπου:

- Λευχαιμία (30%)
- Όγκοι Κ.Ν.Σ. (25%)
- Άλλοι (16%)
- Λέμφωμα (11%)
- Σάρκωμα μαλακών μορίων (7%)
- Νευροβλάστωμα και άλλοι περιφερειακοί νευροκυτταρικοί όγκοι (6%)
- Νεφρικοί όγκοι (6%)

Τα περιστατικά που έχουμε κάθε χρόνο στην Ελλάδα:

- 14 παιδιά / 100.000 πληθυσμού ηλικίας 0-15 ετών
 - 20 έφηβοι / 100.000 πληθυσμού ηλικίας 15-18 ετών
- Σύνολο δηλαδή, 300-350 νέα περιστατικά.

Μας ενδιαφέρει όχι μόνο να πάει καλά ο παιδικός καρκίνος –κι ευτυχώς έχουμε πολλή βοήθεια σε αυτό από την «Ελπίδα», από το «Χαμόγελο του Παιδιού» και πάρα πολλούς ιδιώτες– αλλά και πώς θα γίνει καλή η ζωή για τα παιδιά που επιβιώνουν από έναν καρκίνο σε παιδική ηλικία.

Βεβαίως, μας ενδιαφέρει το ίδιο και για τους μεγάλους. Κάποιος που σε μεγαλύτερη ηλικία επιβιώνει από έναν καρκίνο είναι πολύ σημαντικό να έχει τη βοήθεια που χρειάζεται για μια φυσιολογική ζωή, ώστε να επανενταχθεί στη δουλειά και να έχει λύσει πιθανά προβλήματα. (Διότι ας σημειώσουμε ότι ορισμένοι άνθρωποι υφίστανται κάποια αναπηρία από τη θεραπεία, θεραπεία που μπορεί να περιλαμβάνει επεμβάσεις, όπως π.χ. πνευμονεκτομή ή και φάρμακα που έχουν σοβαρές παρενέργειες).

Ως προς τα πλάνα, αναφορικά με τον καρκίνο έχουμε εντάξει μέσα στο Ταμείο Ανάκαμψης ένα σχέδιο για την Ελλάδα που έχει κατ' αρχήν αυτό που θέλουμε όλοι: το εθνικό μπρώο καρκίνου, το οποίο δεν υπάρχει μέχρι στιγμής. Ξεκινάει λοιπόν ψηφιακό μπρώο καρκίνου, μαζί με τον ψηφιακό φάκελο για τον καρκίνο. Δηλαδή, μαζί με τον ψηφιακό φάκελο που θα ισχύει για όλους τους ασθενείς, θα μπει και ο ψηφιακός φάκελος για τον καρκίνο.

Έχει γίνει ήδη μια πολύ μεγάλη προεργασία για αυτό. Ο φάκελος θα υπάγεται στην ΗΔΙΚΑ, μια εφαρμογή του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης που βοηθάει πάρα πολύ. Ήδη έχουμε στην ΗΔΙΚΑ όλο το ιστορικό των συνταγογραφήσεων φαρμάκων και όλων των εξετάσεων αλλά και τις διαγνώσεις των ασθενών. Τώρα θα προστεθούν και όλα τα αποτελέσματα των εξετάσεων των ασθενών, δηλ. αξονικές, μαγνητικές, ιστολογικά, τα πάντα θα είναι αναρτημένα στον ψηφιακό φάκελο της ΗΔΙΚΑ.

Έχουν προκριθεί δέκα νοσοκομεία για την ογκολογική φροντίδα και συζητούνται άλλα δύο. Αλλά πέρα από τη φροντίδα στα νοσοκομεία, θέλουμε να έχουμε και εφαρμογές (applications) για τους ασθενείς και θέλουμε επίσης να υπάρχει τηλεϊατρική διασύνδεση, ώστε να μπορεί ένας ασθενής που

βρίσκεται π.χ. στη βόρεια Εύβοια να μη χρειάζεται να μετακινείται κάθε δύο-τρεις εβδομάδες για την αγωγή του στη Χαλκίδα ή στην Αθήνα –2 ώρες ή 3,5 ώρες δρόμος– αλλά να μπορεί να το κάνει σε μια μονάδα κοντά του μέσω τηλεϊατρικής, μετά από εκπαίδευση ενός ιατρού τοπικά. Έτσι, ακόμα και αν δεν υπάρχει εκεί ογκολόγος, θα υπάρχει γιατρός που θα έχει εκπαιδευτεί και θα είναι σε συνεχή διασύνδεση με ένα μεγάλο κέντρο για καρκίνο. Αυτά είναι πράγματα που μπορούμε να κάνουμε για τους ασθενείς σήμερα, έχουμε την τεχνολογία. Επίσης, μεγάλης σημασίας είναι τα ογκολογικά συμβούλια που πρέπει να γίνονται ανά σύστημα και να υπάρχουν ομάδες που να μπορούν να παρακολουθούν κάθε πρόβλημα του ασθενούς και να γνωρίζουν τα φάρμακα.

Είμαστε επίσης σε μια διαβούλευση για τις τιμές των φαρμάκων, κάνουμε προσπάθεια δηλαδή να έχουμε κλειστούς προϋπολογισμούς, ώστε να μπορούν όλοι οι ασθενείς και να έχουμε καλές τιμές, να μπορούμε έτσι να προσφέρουμε την ίδια καλή αγωγή σε όλους τους ασθενείς με έναν τρόπο βιώσιμο. Αυτό είναι το πλάνο για το σύστημα, για την πληροφόρηση, τα νοσοκομεία και το Εθνικό Μπρώο Καρκίνου.

Επίσης, δημιουργείται ξεχωριστό μπρώο παιδικού καρκίνου, που μας ενδιαφέρει πάρα πολύ.

Υπάρχουν σήμερα ακόμη συστήματα για να γίνεται καλή μέτρηση των φαρμάκων, ώστε να είναι μεγαλύτερη η ασφάλεια και παράλληλα να γίνεται οικονομία. Τέτοια μηχανήματα έχουμε στο «Παιδών» και στο «Θεαγένειο» στη Θεσσαλονίκη. Έχουμε ακόμα πολλά νοσοκομεία που έχουν αρχίσει και βάζουν αυτοματοποιημένα συστήματα για να μπορούμε να δίνουμε τα φάρμακα με τρόπο ασφαλή και διαπιστευμένο.

Αναφέρθηκα ήδη στα ογκολογικά συμβούλια τα οποία μπορούν να γίνονται και μέσω τηλεϊατρικής. Παραδείγματος χάριν, στο «Σωτηρία» κάνουμε ογκολογικό συμβούλιο και ο ακτινοθεραπευτής είναι στον «Άγιο Σάββα», γιατί το «Σωτηρία», τουλάχιστον προς το παρόν, δεν έχει ακτινοθεραπευτικό. Άρα, είναι πολύ σημαντική αυτή η διασύνδεση. Όπως κεφαλαιώδους σημασίας είναι και η πολυσυστηματική ομάδα που έχει μέσα εκτός από ιατρούς και νοσηλευτές, ψυχολόγο, ειδικό για τον πόνο, ακόμα και τον αισθητικό και που μπορεί έτσι σε όλη τη διάρκεια της νόσου να στηρίζει και που ξεκινάει την παρηγορητική ή υποστηρικτική φροντίδα από την ημέρα της διάγνωσης –ακόμα και από την ημέρα της υποψίας.

Επίσης, προχωρούμε με κάτι απαραίτητο, την καταγραφή του τι προσφέρουμε ως χώρα, ποιες είναι οι υπηρεσίες που έχουμε αυτήν τη στιγμή, ώστε να ξέρουμε και τι πρέπει να βελτιώσουμε. Είμαστε κοντά στο τέλος, δηλαδή έχουμε ήδη καταγράψει 4 Υγειονομικές Περιφέρειες και τελειώνουμε με τις



άλλες 3. Οπότε, πολύ σύντομα θα έχουμε τελειώσει όλη την καταγραφή. Θέλουμε συγκεκριμένα κέντρα για τον καρκίνο και μας ενδιαφέρουν επίσης κέντρα για πιο σπάνια, π.χ. νευροχειρουργική για όγκους εγκεφάλου και νευρικού συστήματος, χειρουργική για τα οστεοσαρκώματα, κέντρα δηλαδή που έχουν ειδική εμπειρία για ειδικά νοσήματα.

Μας ενδιαφέρει φυσικά να έχουμε ακόμη καλύτερη ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση για τους ασθενείς. Έχει ήδη γίνει ένα πολύ μεγάλο βήμα προς την κατεύθυνση αυτήν, αλλά θέλουμε να είναι ακόμα καλύτερα. Και θα βοηθήσουμε τα ειδικά κέντρα, όπως αυτό για τον παιδιατρικό καρκίνο μέσω της ευρωπαϊκής διασύνδεσης, δηλ. τα ERNs (Centre for Excellence & Research on Childhood Care), ώστε να μπορεί να υπάρχει και άμεση πρόσβαση σε καινοτόμους θεραπείες αλλά κυρίως η συμμετοχή σε μελέτες, που φυσικά βοηθάει πάρα πολύ και τους ασθενείς και τη χώρα.

Για το τσιγάρο, η αλήθεια είναι ότι εξακολουθεί να είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου, όμως, δεν είμαστε εκεί που ήμασταν πριν 20 χρόνια, έχουμε βελτιωθεί. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να συνεχίσουμε την αντικαπνιστική ενημέρωση και αγώνα. Σε αυτήν τη μάχη, λίγη ώρα συνομιλίας με τον γιατρό μπορεί να βοηθήσει.

Συμπερασματικά, αυτό που μας ενδιαφέρει είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση και θέλουμε η αντιμετώπιση να είναι συνεχής, ολιστική, να γίνεται με έναν γρήγορο τρόπο, να είναι προσωποποιημένη για τον συγκεκριμένο ασθενή και να συντονίζεται από μια ολόκληρη ομάδα. ●



Φλώρα Μπακοπούλου

Πρόεδρος Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης
Υπουργείο Υγείας, αναπλ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Θα αναφερθώ στο τοπίο της θεραπείας του καρκίνου στην Ελλάδα από την πλευρά των ρυθμιστικών αρχών και ειδικότερα της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης.

Η αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας ήταν μια μνημονιακή υποχρέωση που θεσμοθετήθηκε στη χώρα μας το 2018. Η Επιτροπή Αξιολόγησης είναι 11μελής και σε αυτήν υπάγεται ειδική 5μελής υποεπιτροπή για την εξέταση αιτημάτων κατ' εξαίρεση χορήγησης φαρμάκων, δηλαδή φαρμάκων που έχουν τιμολογηθεί, αλλά δεν έχουν αξιολογηθεί από την Επιτροπή Αξιολόγησης. Το έργο της Επιτροπής Αξιολόγησης επικουρείται από μια ομάδα 73 εξωτερικών εμπειρογνομόνων.

Από τον Ιανουάριο του 2020 μέχρι σήμερα η Επιτροπή Αξιολόγησης έχει δεχθεί 608 νέες αιτήσεις φαρμάκων για αξιολόγηση, δηλ. περίπου 23 αιτήσεις φαρμάκων μηνιαίως. Παρά τις πολλές νέες αιτήσεις και τις 106 αιτήσεις που εκκρεμούσαν ήδη τον Ιανουάριο του 2020, οι εκκρεμότητες πλέον έχουν μειωθεί σε μόλις 48 φάρμακα με πλήρη φάκελο που βρίσκονται ήδη σε διαδικασία αξιολόγησης.

Η παραγωγικότητα της Επιτροπής Αξιολόγησης είναι συνεχώς αυξανόμενη και έχει φτάσει πλέον να αξιολογεί 26 φάρμακα ανά μήνα. Στους 26 μήνες λειτουργίας της νέας σύνθεσης της Επιτροπής Αξιολόγησης, έχουν αξιολογηθεί 661 φάρμακα, εκ των οποίων τα 549 έχουν παραπεμφθεί στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης για την εκτίμηση της επίπτωσης στον προϋπολογισμό, τα 95 έχουν παραπεμφθεί με θετική γνωμοδότηση κατευθείαν στον Υπουργό Υγείας, ενώ τα 17 έχουν λάβει αρνητική γνωμοδότηση. Επίσης, στους 26 μήνες λειτουργίας της, η Επιτροπή έχει γνωμοδοτήσει για 9.154 αιτήματα κατ' εξαίρεση χορήγησης φαρμάκων στο σύστημα ηλεκτρονικής προέγκρισης, εκ των οποίων τα 2.207 έχουν απορριφθεί, ενώ τα 6.947 έχουν λάβει θετική γνωμοδότηση.

Οι καινότεμες θεραπείες, δηλαδή οι νέες γονιδιακές θεραπείες, οι κυτταρικές και ανοσοτροποποιητικές θεραπείες, αφορούν περίπου το 17% των αιτήσεων στην Επιτροπή Αξιολόγησης και από αυτές το 83% έχουν αξιολογηθεί. Από τις 120 αιτήσεις καινότεμων φαρμάκων, τα 96 έχουν λάβει θετική εισήγηση, 4 αρνητική εισήγηση και εκκρεμούν 20 προς αξιολόγηση. Τα καινότεμα φάρμακα που έχουν λάβει θετική γνωμοδότηση αφορούν σε χρόνια νοσήματα, αυτοάνοσα, οφθαλμολογικά, αιματολογικά,

γαστρεντερολογικά, πνευμονολογικά, δερματολογικά, νευρολογικά νοσήματα, καρδιακή ανεπάρκεια, HIV/AIDS, κυστική ίνωση και σε πολύ μεγάλο ποσοστό στον καρκίνο.

Το θέμα του καρκίνου είναι πλέον επίκαιρο στην παγκόσμια ατζέντα υγείας. Τον Μάιο του 2017 στη συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ψηφίστηκαν η πρόληψη και ο έλεγχος του καρκίνου στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης, το 2018 αναπτύχθηκε η παγκόσμια πρωτοβουλία για τον καρκίνο της παιδικής ηλικίας (Global Initiative for Childhood Cancer) και σχετικά πρόσφατα, τον Φεβρουάριο του 2021, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υιοθέτησε το Europe's Beating Cancer Plan με σκοπό τη δραστηριοποίηση στους τομείς της πρόληψης, του προσυμπτωματικού ελέγχου, της διάγνωσης, της θεραπείας, καθώς και της ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και των επιβιωσάντων από καρκίνο.

Στη χώρα μας, 64 αιτήσεις που αφορούν σε 48 καινότεμα αντικαρκινικά φάρμακα έχουν αξιολογηθεί από την Επιτροπή Αξιολόγησης. Ενδεικτικά, ορισμένα νεότερα αντικαρκινικά που έχουν λάβει θετική γνωμοδότηση αφορούν αιματολογικές κακοήθειες (Kymriah, Yescarta, Imbruvica, Darzalex, Kyprolis, Imnovid, Mylotarg, Keytruda), καρκίνο του πνεύμονα (Imfinzi, Lorviqua, Tagrisso, Vizimpro, Alunbrig, Alecensa, Opdivo, Yervoy, Tecentriq, Avastin και βιομοιειδή), καρκίνο του μαστού (Verzenio, Kisqali, Ibrance, Talzenna, Phesgo, Perjeta, Lynparza, Herceptin και βιομοιειδή), μελάνωμα (Braftovi, Mektovi, Tafinlar, Mekinist), νεφροκυτταρικό και ηπατοκυτταρικό καρκίνο (Fotivda, Cabometyx, Lenvima), καρκίνο του παγκρέατος (Onivyde), Merkel Cell (Bavencio), καρκίνο του δέρματος (Libtayo), καρκίνο των ωοθηκών (Zejula) και συμπαγείς όγκους NTRK (Vitrakvi).

Οι καινότεμες θεραπείες εγείρουν νέες επιστημονικές προκλήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους σε πραγματικές συνθήκες, την εντόπιση των ασθενών που ανταποκρίνονται, καθώς και την κατανόηση και πρόβλεψη της τοξικότητάς τους. Οι αβεβαιότητες που προκύπτουν από την ταχεία ανάπτυξη των καινότεμων θεραπειών μπορούν να επιλυθούν μόνο με διαδοχικές ανασκοπήσεις πραγματικών δεδομένων. Ο ρόλος της αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας είναι να διακρίνει την ουσιαστική από την απλή καινοτομία και να προωθεί τη δωρεάν πρόσβαση των ασθενών στις καινότεμες θεραπείες. ●



Γεώργιος Πενθερουδάκης

Διατελέσας καθηγητής Ογκολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Η ομιλία μου θα επικεντρωθεί σε ορισμένες διαπιστώσεις για το μέλλον της πρακτικής και της έρευνας στην ογκολογία στην Ευρώπη. Ας ξεκινήσω με τα φάρμακα τα οποία θα έχουμε. Πολλά φάρμακα έχουν πλέον βιοδείκτες, δηλαδή ο εντοπισμός συγκεκριμένων βιοδεικτών πάνω στα καρκινικά κύτταρα αποτελεί την ένδειξη για τη χορήγηση των συγκεκριμένων φαρμάκων. Αυτό είναι κάτι που το επιθυμούμε, άρα λοιπόν περιμένουμε ότι θα έχουμε φάρμακα που θα είναι «έξυπνα», στοχευτικά. Οι κύριες κατηγορίες αυτών των φαρμάκων, αυτών των θεραπευτικών σχημάτων, αφορούν: (1) ανοσοθεραπευτικά στοχευτικά φάρμακα, (2) αντισώματα τα οποία φέρουν πάνω τους χημειοθεραπευτικές ουσίες (ADCs: antibody-drug conjugates, δηλαδή συζεύγματα αντισωμάτων και φαρμακευτικών ουσιών) αλλά και (3) τροποποιημένα κύτταρα και (4) τροποποιημένα γονίδια. Αυτά είναι λοιπόν τα φάρμακα του μέλλοντος και θα χορηγούνται βάσει βιοδεικτών.

Άρα λοιπόν αμέσως σκέφτεται κανείς ότι, όταν θα αναπτύξουμε αυτές τις θεραπείες –και αυτό είναι κάτι που το κάνει ήδη η φαρμακοβιομηχανία–, θα πρέπει να αναπτύξουμε και τους βιοδείκτες, τους διαγνωστικούς ελέγχους βιοδεικτών και όταν θα εγκρίνουμε την αποζημίωση αυτών των θεραπειών, θα πρέπει να λύσουμε μαζί με την έγκριση του φαρμάκου και το πρόβλημα της έγκρισης του companion diagnostic (συνδυαστικού διαγνωστικού ελέγχου). Αυτό είναι το μήνυμα που θα ήθελα να μεταδώσω σήμερα.

Πώς θα κάνουμε κλινική έρευνα; Δεν έχουμε φτάσει στην προσωποποιημένη ιατρική και πιστεύω ότι αργούμε ακόμα. Η ιατρική που κάνουμε είναι στρωματοποιημένη και επιχειρούμε μέσα σε κάθε στρώμα να αυξήσουμε τη λεπτομέρεια της πληροφορίας. Εκεί βρισκόμαστε σήμερα. Οι κλινικές μελέτες θα είναι μικρότερες σε μέγεθος και θα χρησιμοποιούν τη δομή μιας πλατφόρμας τύπου «ομπρέλας», δηλαδή ενός «καλαθιού» αποτελούμενου από πολλά είδη όγκων, και ουσιαστικά θα αξιολογούμε σε κάθε τέτοια κλινική μελέτη πολλά είδη όγκων και πολλούς μοριακούς στόχους και θα βλέπουμε αν οι καινούργιες θεραπείες μας δουλεύουν.

Όσον αφορά την κλινική πρακτική, ακούγονται πολλά τελευταία και τα συζητάμε. Άραγε, μήπως οι θεραπείες που θα δίνουμε θα κατευθύνονται μόνο από τον μοριακό στόχο; Ή θα συνεχίσουμε να κάνουμε αυτό που κάναμε ως τώρα, να δίνουμε μια θεραπεία η οποία καθορίζεται από το όργανο στο

οποίο βρίσκεται ο όγκος (π.χ. καρκίνος του πνεύμονα); Ούτε το ένα ούτε το άλλο. Κατά την προσωπική μου άποψη, οι θεραπείες που θα δίνουμε θα κατευθύνονται από τον στόχο, αλλά θα λαμβάνουμε υπ' όψιν και τη συγκυρία – και λέγοντας συγκυρία αναφερόμαι στο περιβάλλον του όγκου. Άρα λοιπόν θα στοχεύουμε, για παράδειγμα, το BRAF (δηλαδή την καρκινογενή μετάλλαξη του γονιδίου BRAF, η οποία μπορεί να εντοπιστεί μέσω του ελέγχου βιοδεικτών), αλλά θα είναι ακόμα σημαντικό να γνωρίζουμε αν η μετάλλαξη BRAF που στοχεύουμε είναι σε καρκίνο του παχέος εντέρου ή σε μελάνωμα.

Οι υγρές βιοψίες είναι ήδη εδώ και θα χρησιμοποιηθούν. Θα κάνουμε τη γονοτύπωση του καρκίνου με αυτές, ουσιαστικά θα παρακολουθούμε με τη βοήθειά τους την εξέλιξη του καρκίνου. Οι υγρές βιοψίες είναι μη επεμβατικές. Ελπίζουμε ότι θα έχουμε και κάτι ακόμα καλύτερο, τις virtual βιοψίες, δηλαδή εικονικές βιοψίες, κατά τις οποίες ποσοτικοποιημένες πληροφορίες για τα γενετικά και άλλα χαρακτηριστικά του εκάστοτε όγκου μπορούν να εξαχθούν από τις εικόνες που προκύπτουν κατά τον απεικονιστικό έλεγχο του ασθενούς.

Όσον αφορά την τηλεϊατρική, θα πρέπει να τη συνηθίσουμε: χάρη στην covid την έχουμε ήδη, σε έναν βαθμό. Νομίζω ότι δεν χρειάζεται όλοι οι ασθενείς να έρχονται στα εξωτερικά ιατρεία. Αρκετές επισκέψεις μπορούν να αντικατασταθούν από μεθόδους της τηλεϊατρικής που πλέον χρησιμοποιούμε κάθε μέρα. Βέβαια, πρέπει να λύσουμε πολλά θέματα που άπτονται κυρίως του informed consent (συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης του ασθενούς) και της ευαισθησίας της πληροφορίας στις κλινικές μελέτες.

Όσον αφορά τις ρυθμιστικές αρχές, υπάρχει ένα πρόβλημα. Όλοι οι συνήθεις όγκοι θα γίνουν σπάνιοι όγκοι. Ενωώ με αυτό ότι ακόμα και οι συνήθεις όγκοι, π.χ. ο καρκίνος του πνεύμονα, θα «σπάσουν» σε μικρές μοριακές υποομάδες ή «φωλιές». Άρα, ας συνηθίσουμε στην ιδέα ότι θα αναπτύσσουμε φάρμακα για μοριακές φωλιές και ότι από τα blockbuster φάρμακα θα πάμε σε μια κατάσταση όπου τα περισσότερα φάρμακα θα είναι niche-busters, δηλαδή, επιτυχημένα στοχευτικά φάρμακα για καλά καθορισμένες μοριακές φωλιές κακοήθειας, εστίες κακοήθειας. Ας πούμε λοιπόν μέσα μας από τώρα ότι θα πρέπει να αρχίσουμε να ξεχνάμε τους συνήθεις όγκους, ότι αντ' αυτών θα έχουμε ένα σύνολο «σπάνιων όγκων».



Η έγκριση λοιπόν αυτών των φαρμάκων θα γίνεται με κλινικές μελέτες οι οποίες θα είναι μικρότερες σε μέγεθος. Θα δεχθούμε ότι θα υπάρχει υψηλότερη αβεβαιότητα με αυτές τις κλινικές μελέτες. Μετά την έγκρισή του ένα τέτοιο φάρμακο δεν θα έχει κερδίσει το παιχνίδι· θα συνεχίζει να κρίνεται σε rolling review (κυλιόμενη αξιολόγηση) με βάση την απόδοσή του, με τα real world data (δεδομένα που προκύπτουν από την καθημερινή κλινική πρακτική).

Η τεχνητή νοημοσύνη επίσης είναι εδώ και υπό την προϋπόθεση ότι είναι καλά εστιασμένη κάνει ορισμένες δουλειές πολύ καλά. Θα τη χρησιμοποιήσουμε στην παθολογοανατομία, στα radiomics (δηλαδή στην πρακτική εφαρμογή των radiogenomics – της ακτινογενετικής), στην ανάπτυξη φαρμάκων, στα genomics, στα proteomics (δηλαδή στην ανάλυση, αντίστοιχα, του γονιδιώματος και του πρωτεϊνώματος – του συνόλου των γονιδίων και των πρωτεϊνών ενός όγκου ή ενός ασθενούς γενικότερα). Αν όμως περιμένετε από την τεχνητή νοημοσύνη που θα συνθέτει όλα αυτά τα δεδομένα ότι θα μπορεί να κάνει όλες τις δουλειές τέλεια, αυτό δεν ισχύει. Μια τέτοια global AI ανήκει στο μέλλον και δεν νομίζω ότι θα τη δούμε πριν περάσει τουλάχιστον μία δεκαετία. Άρα λοιπόν θα την έχουμε δίπλα μας, θα μας βοηθήσει, αλλά δεν θα μας υποκαταστήσει.

Τέλος, όσον αφορά τα συνέδρια και τη διάχυση της γνώσης και της έρευνας, θα επιστρέψουμε στα συνέδρια με φυσική παρουσία, αλλά θα υπάρχει και μια εικονική συνιστώσα, «επαυξημένης» πραγματικότητας. Επίσης, η διάχυση της γνώσης θα γίνεται όχι μόνο με τα μεγάλα συνέδρια αλλά και με τις «μπουκιές», όπως τις ονομάζω, διαδικτυακά συμβήματα 1-2 ωρών, στα οποία ο ερευνητής παρουσιάζει την καινούργια έρευνα και τα οποία θα γίνονται σε πιο τακτά χρονικά διαστήματα.

Αυτή είναι η άποψή μου για το μέλλον: μοριακά καθορισμένοι όγκοι, στοχευτικά φάρμακα, βιοδείκτες και άφθονη ψηφιακή εφαρμογή, είτε με focal AI είτε με τηλεϊατρική. ●



Κώστας Αθανασάκης

Οικονομολόγος υγείας
Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας
Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Η ομιλία μου θα επικεντρωθεί στην αξία της καινοτομίας στην υγεία και ιδιαίτερα της καινοτομίας στον καρκίνο. Το 2013, όταν ο καθηγητής Μακροοικονομίας στο Πανεπιστήμιο Harvard Robert Barro μίλησε για τους τρόπους με τους οποίους η υγεία συνδέεται με την οικονομική ανάπτυξη –μέσω μιας ισχυρά αμφίδρομης σχέσης– η άποψη αυτή θεωρήθηκε καινοφανής και τέθηκε υπό έντονη συζήτηση. Σήμερα, δέκα χρόνια μετά, η σχέση αυτή είναι πια κάτι το αποδεκτό, είναι ενδεχομένως μια κοινοτοπία. Και αυτό είναι μια κατάκτηση και της εμπειρικής έρευνας, της βιβλιογραφίας αλλά και της εν γένει συζήτησης για το δίπολο υγεία-οικονομική ανάπτυξη.

Με την έννοια αυτή λοιπόν, αν η υγεία και η οικονομία είναι σε τέτοιον βαθμό αλληλένδετες, αυτό που λέμε δαπάνη υγείας ενδεχομένως να μη θεωρείται και τόσο πολύ δαπάνη, να μην είναι έξοδο, αλλά πιθανότατα να αντιπροσωπεύει μια επένδυση. Το θέμα βεβαίως που παραμένει είναι το τι ακριβώς κάνουμε και πώς χειριζόμαστε αυτήν την επένδυση. Κατ’ αρχάς, η δαπάνη υγείας προκύπτει παραδοσιακά και αυξάνεται επειδή γερνάμε –σε εμάς στην Ελλάδα αυτό είναι ένα ιδιαίτερο πρόβλημα– και επειδή αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο αρρωσταίνουμε. Πριν από έναν αιώνα, ένα πρόβλημα υγείας ήταν συνήθως σύντομης διάρκειας: σήμερα, ως ασθενείς βρισκόμαστε σε επαφή με το σύστημα υγείας για τα κοινά προβλήματα υγείας, ενδεχομένως και για πάνω από 35 χρόνια. Το γεγονός αυτό αλλάζει τελείως το σκεπτικό γύρω από τα οικονομικά της υγείας.

Βεβαίως, η βασική δύναμη πίσω από τη δαπάνη-επένδυση στην υγεία είναι αυτό που ονομάζουμε τεχνολογία υγείας. Η τεχνολογία υγείας είναι κάτι σαν τον μυθικό θεό Ιανό για τα συστήματα υγείας. Έχει δύο πρόσωπα, όντας το απόλυτο καλό και το απόλυτο κακό –αν μπορεί να το πει σχηματικά και απλά κανείς– για τα οικονομικά του. Είναι το απόλυτο καλό, γιατί στη σύγχρονη εποχή η τεχνολογία υγείας αποτελεί τον βασικό προσδιοριστή της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης. Όπως είχε πει το 2013 ο Frank Lichtenberg στο Πανελλήνιο Συνέδριο για τα Οικονομικά της Υγείας, το 75% της αύξησης στο προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια οφειλόταν στην εισαγωγή νέων τεχνολογιών στο σύστημα υγείας.

Παράλληλα, όμως, η εισαγωγή νέων τεχνολογιών υγείας, όπως σημειώθηκε πολύ νωρίς, το 1966 από το Congressional Budget Office, αποτελεί και τον βασικό προσδιοριστή της αύξησης της δαπάνης υγείας. Η εισαγωγή και χρήση τεχνολογιών υγείας οδηγείται από την ανάγκη υγείας, δηλαδή την ανάγκη για μεγα-

λύτερη και καλύτερη ζωή αλλά και από τις προτιμήσεις μας. Και οι ανάγκες αλλά και οι προτιμήσεις μας έχουν μέσα τους στοιχεία θετικά αλλά και κανονιστικά –δηλαδή δεοντολογικά– τα οποία εκφράζονται συλλογικά στις αποφάσεις του συστήματος υγείας, που αφορούν την αποζημίωση και χρήση των νέων τεχνολογιών, με κριτήρια ισοτιμίας από το σύνολο του πληθυσμού.

Το ζήτημα λοιπόν σήμερα είναι πώς αυτό το «μπουκέτο» της τεχνολογίας, όπως εκφράζεται μέσω των αποφάσεων αποζημίωσης του συστήματος υγείας, μπορεί να γίνει ακόμα πιο αποδοτικό. Εκεί, βεβαίως, τον πρώτο λόγο έχει η οικονομική αξιολόγηση και η αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας. Βεβαίως, όταν μιλάμε για αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας, δεν μιλάμε για την εφαρμογή της μόνο στην περίπτωση των φαρμάκων. Οι αλλαγές στον κόσμο μάς επιβάλλουν να εφαρμόζουμε τεκμηριωμένες αποφάσεις αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας και σε θέματα όπως οι βιοδείκτες, όπου πρέπει να αποκτήσουμε σαφείς διαδικασίες αξιολόγησης, αλλά και σε αναδυόμενες τεχνολογίες υγείας, όπως οι ψηφιακές εφαρμογές (apps), τα wearables και μια σειρά από άλλα πράγματα, τα οποία μπορεί σήμερα να φαντάζον «εξωτικά», αλλά πολύ σύντομα το σύστημα θα κληθεί να αποφασίσει το ζήτημα της αποζημίωσής τους για τον πληθυσμό του. Αυτό είναι το μέλλον και αυτό ακριβώς πρέπει να δούμε.

Ένα μεγάλο μέρος αυτής της διαδικασίας είναι το πώς αναζητούμε αυτό που λέμε “efficiency”, δηλαδή την αποδοτικότητα της δαπάνης, στο ζήτημα του καρκίνου. Αυτήν τη στιγμή ένα πολύ μεγάλο πεδίο της έρευνας στα οικονομικά της υγείας έχει να κάνει με το τι θα συμβεί σε όρους κόστους και συνεπειών από την εισαγωγή νέων τεχνολογιών στην υγεία και συγκεκριμένα στον καρκίνο.

Μια μελέτη που θα παρουσιαστεί λεπτομερώς σε λίγες εβδομάδες και αφορά τη χώρα μας εστιάζεται σε δύο σενάρια: πώς θα ήταν οι ζωές των ασθενών και η δαπάνη υγείας αν δεν είχαμε τέτοιου τύπου θεραπευτικές επιλογές, όπως είναι τα anti-PD-(L)1 φάρμακα, και πώς θα ήταν αν είχαμε τέτοιες επιλογές. Αυτό το οποίο δείχνει η μελέτη, κατά τη γνώμη μου, είναι συγκλονιστικό. Η εισαγωγή τέτοιων τεχνολογιών θα αύξανε σε 5 μόλις χρόνια τα κερδισμένα έτη ζωής (life years gained) κατά σχεδόν 10.000. Και η αντίστοιχη επένδυση θα ήταν της τάξης των 200 εκατ. ευρώ κατ’ έτος. Νομίζω ότι τέτοιου τύπου δεδομένα αξίζει να τα δούμε και να τα συζητήσουμε περισσότερο και αξίζει να αποτελέσουν ενδεχομένως το θέμα της ατζέντας μας για τα επόμενα χρόνια. ●



Ravinder Dhawan

Vice president outcomes research
Merck Research Labs (MRL)

Θα ήθελα να σας μιλήσω για τα δεδομένα και πώς η διεύθυνσή τους σε όλες τις πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης μάς βοηθά να κάνουμε καλύτερα τα πράγματα και να διαμορφώσουμε το μέλλον της ογκολογικής φροντίδας.

Θέλω να επαναλάβω, όπως και οι προηγούμενοι αξιότιμοι συνομιλητές μου, ότι κάνουμε σημαντικά βήματα προόδου στη φροντίδα του καρκίνου και τα τελευταία περίπου 20 χρόνια έχουμε δει, σε γενικές γραμμές, βελτίωση. Και αν δείτε πώς έχουν τα πράγματα, έχουμε αγγίξει διάφορες πτυχές. Έχουμε βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών και, αν εξετάσουμε τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης, έχουμε δει σημαντική βελτίωση τα τελευταία 10-15 χρόνια. Ειδικότερα στον καρκίνο του πνεύμονα, έχουμε παρατηρήσει σημαντικότερη πρόοδο από το 2016 και έπειτα, με την εισαγωγή των βιοθεραπειών.

Πραγματοποιούμε επίσης τεράστια βήματα στις αθροιστικές προσεγγίσεις, όπου τα αθροιστικά δεδομένα έχουν γίνει πλέον κανόνας. Πριν από 10-15 χρόνια, στις κλινικές δοκιμές και τις κλινικές μελέτες μας, σπάνια συλλέγαμε τα αποτελέσματα που ανέφεραν οι ασθενείς, ενώ τώρα το 100% των μελετών καταχώρισης που βλέπουμε να βγαίνουν από τα κλινικά προγράμματα περιλαμβάνουν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα, γεγονός που εστιάζει την προσοχή μας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Και βέβαια, υπάρχουν και οι καινοτόμοι θεραπείες ή οι στοχεύουσες θεραπείες που έχουν κυκλοφορήσει τα τελευταία 10-15 χρόνια, οι οποίες έχουν οδηγήσει σε τεράστια βήματα προόδου στην ογκολογική φροντίδα. Και τώρα, η εμπιστοσύνη μας στην ασφάλεια των σχετικών θεραπειών, μάς επιτρέπει να προχωρήσουμε στη διαχείριση του καρκίνου στα πρώιμα στάδια, όπου αρχίζουμε να κάνουμε βήματα προόδου μέσω της ανοσοθεραπείας και άλλων θεραπευτικών οχημάτων που παρέχουν περισσότερες εναλλακτικές λύσεις και ευκαιρίες για τους ασθενείς, ώστε αυτοί να αντιμετωπίζονται σε πρώιμα στάδια του καρκίνου με στοχευμένες θεραπείες.

Φυσικά, δεν πραγματοποιούμε βήματα μόνο σε σχέση με τους ασθενείς αλλά στο ψηφιακό κομμάτι της υγείας. Όλοι μίλησαν προηγουμένως για τις νέες τεχνολογίες βιοδεικτών, τους νέους τρόπους έγκαιρης διάγνωσης ασθενειών, που μας βοηθούν επίσης να βελτιώσουμε τη φροντίδα των ασθενών.

Από πλευράς διαδικασιών, όλοι μας πλέον προσαυτολιζόμαστε προς μια πιο ομαδική προσέγγιση σε ολοκληρωμένα μοντέλα παροχής φροντίδας, ενώ οι εποχές που ένας ασθενής έμπαινε στο ιατρείο ενός ογκολόγου, έκανε μια συζήτηση και αρκούσαν μόνο σε αυτόν, έχουν περάσει. Τώρα, όλο και περισσότερο βλέπουμε μια ομαδική προσέγγιση που μας επιτρέπει να παρέχουμε ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο. Όσον αφορά την πρόσβαση, βεβαίως, υπάρχουν περισσότεροι νέοι τρόποι πρόσβασης των ασθενών στη φροντίδα υγείας σε όλο τον κόσμο. Μαθαίνουμε ο ένας από τον άλλον, ενώ προσπαθούμε να δούμε πώς μπορούμε να παρέχουμε καλύτερους μηχανισμούς χρηματοδότησης για τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών.

Όταν τα σκεφτόμαστε όλα αυτά από τη σκοπιά των δεδομένων, βλέπουμε ότι τα δεδομένα διαπερνούν κάθε πτυχή της φροντίδας του καρκίνου, γεγονός που μας επιτρέπει να έχουμε ολοκληρωμένα πρωτόκολλα φροντίδας και, όπως είδαμε, τα δεδομένα μάς επιτρέπουν να έχουμε τεκμηριωμένες προσεγγίσεις βάσει στοιχείων. Τα διαχρονικά δεδομένα μάς βοηθούν να αναπτύξουμε αυτά τα πρωτόκολλα, τα οποία επιτρέπουν και πάλι μια καλύτερη ομαδική προσέγγιση, είτε πρόκειται για την υποστηρικτική φροντίδα, την παρηγορητική φροντίδα ή τη θεραπεία, επιτρέποντάς μας να βρούμε νέους τρόπους ανάπτυξης προσεγγίσεων σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο ή άλλων τρόπων που βασίζονται σε δεδομένα για τη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο.

Τα δεδομένα, όπως γνωρίζετε, είναι το «νέο νόμισμα», που μας επιτρέπει να βελτιώσουμε με διαφάνεια όσα κάνουμε στον τομέα του καρκίνου.

Η διαφάνεια, γενικά και η ευθυγράμμιση με τα κίνητρα που παρέχονται –η κατανόηση του τι είναι αυτά τα κίνητρα και ο βαθμός συμμόρφωσης που πετυχαίνουν– υποστηρίζονται από τα δεδομένα. Έτσι, αυτό που μας προσφέρουν τα δεδομένα είναι καλύτερη ποιότητα σε χαμηλότερο κόστος. Είναι κάτι που μάθαμε καλά κατά τη διάρκεια της covid-19 και θα συνεχιστεί και στον μετα-covid 19 κόσμο.

Είναι επίσης αυτόνοτο ότι τα ίδια τα δεδομένα μπορούν να τροφοδοτήσουν τεκμηριωμένες πολιτικές στην ογκολογία βασισμένες σε στοιχεία και αυτό το έχουμε δει στη φροντίδα των ασθενών, όπου αρχίζουμε να βλέπουμε βελτίωση στις εκβάσεις υγείας των ασθενών, καθώς τα δεδομένα μάς παρέχουν αυτήν τη



διαχρονική προοπτική και μας επιτρέπουν να δούμε αν υπάρχει βελτίωση στις εκβάσεις υγείας των ασθενών ή όχι. Μπορούμε να συλλέγουμε όλο και περισσότερα στοιχεία από τον πραγματικό κόσμο, γεγονός που μας επιτρέπει να εξετάζουμε τα πραγματικά δεδομένα για την υγεία και μας δίνει έτσι τη δυνατότητα να βελτιώνουμε την ποιότητα της φροντίδας.

Από κοινωνικής πλευράς, βεβαίως όπως ανέφερα μιλώντας για τη διαφάνεια, τα δεδομένα μας επιτρέπουν να εξετάσουμε την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και τροφοδοτούν την οικονομική ανάπτυξη.

Υπάρχουν αρκετά μπιρώ ασθενών και μιλώντας για τα μπιρώ θα ήθελα να επισημάνω ότι τα δεδομένα διαπερνούν κάθε πτυχή της φροντίδας του καρκίνου και θα μας επιτρέψουν να εργαστούμε πολύ αποτελεσματικά και αποδοτικά για τη βελτίωση της ποιότητας της ογκολογικής φροντίδας, ενώ παράλληλα μας επιτρέπουν να επιτύχουμε μεγαλύτερη αποδοτικότητα για την κοινωνία εν γένει. ●



Ηλίας Αθανασιάδης

Παθολόγος ογκολόγος
Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής & Μ.Η.Θ.
«ΜΗΤΕΡΑ»

Η πανδημία ανέδειξε τις ιδιαίτερες δυνατότητες των συστημάτων υγείας καθώς και τις αδυναμίες τους. Η μετα-covid εποχή αποτελεί ευκαιρία και πρόκληση για αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά τον καρκίνο, την περίοδο της πανδημίας οι ασθενείς συνέχισαν τις θεραπείες τους και η πρόσβαση σε νέα φάρμακα συνεχίστηκε απρόσκοπτα. Στα θέματα όμως της έγκαιρης και της πρώιμης διάγνωσης και του ασυμπτωματικού ελέγχου (screening), πολλοί ασθενείς διαγνώστηκαν σε προχωρημένα στάδια και για αυτούς άλλαξε η φυσική πορεία της νόσου. Είναι προφανές ότι η εποχή αποτελεί μια πρόκληση για επανατοποθέτηση των προτεραιοτήτων και αναδιοργάνωση των δομών.

Ειδικά για την Ελλάδα, η εποχή αποτελεί μια ευκαιρία για υψηλούς στόχους στην παροχή σύγχρονης οργανωμένης ογκολογικής φροντίδας σε όλον τον πληθυσμό, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της κλινικής έρευνας και την πρόσβαση σε νεότερες θεραπείες και σε υψηλή τεχνολογία. Το ευνοϊκό περιβάλλον για τη χώρα αντικειμενικά υποστηρίζεται από το υψηλό επίπεδο επιστημονικότητας στην ογκολογία και τον επαρκή αριθμό νέων εκπαιδευμένων ογκολόγων. Επίσης, η ψηφιοποίηση της ιατρικής φροντίδας και η ανάπτυξη κέντρων αναφοράς στην εξειδικευμένη ογκολογική φροντίδα, όπως παρουσιάστηκε από την υπουργό κ. Γκάγκα, αποτελούν προαπαιτούμενα στην προσπάθεια. Τέλος, θεμέλιο στην πρωτοβουλία αυτήν αποτελεί ο διατυπωμένος σαφής πολιτικός προσανατολισμός από όλους τους φορείς ότι η μάχη κατά του καρκίνου σε επίπεδο πρόληψης, πρώιμης διάγνωσης και σύγχρονης θεραπείας αποτελεί υψηλή προτεραιότητα για τη χώρα και θα υποστηριχθεί ασυμβίβαστα.

Τα κέρδη είναι προφανή στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου φροντίδας για το άμεσο μέλλον και τις επόμενες γενεές. Επίσης, η ενίσχυση της εικόνας και της αξιοπιστίας της χώρας θα εξασφαλίσει σταθερή πρόσβαση σε νεότερα πειραματικά φάρμακα και σε υψηλό επίπεδο κλινικής έρευνας. Αυτονόητα και διακριτά είναι και τα παράπλευρα οικονομικά και επενδυτικά οφέλη για τη χώρα.

Τέλος, στην εποχή της ιατρικής ακριβείας (precision medicine) και της τεχνητής νοημοσύνης (artificial intelligence), η ανάπτυξη των υποδομών εξασφαλίζει πρόσβαση στα οφέλη για όλον τον πληθυσμό και αμβλύνει τις ανησυχίες σχετικά με θέματα βιοηθικής και πρόσβασης στη φροντίδα. Θα αποτελέσει ασπίδα

ισότητας ευκαιριών και κοινωνικής δικαιοσύνης. Η ανάπτυξη συνειδητής αντίληψης ότι η υγεία είναι επιλογή και η ενίσχυση της πρόληψης, διάγνωσης και οργανωμένης ογκολογικής φροντίδας θα αλλάξουν τη φυσική ιστορία για πολλούς καρκίνους και θα αποτελέσουν ένα δώρο για τις επόμενες γενεές. ●



Ζένια Σαριδάκη – Ζώρα

Παθολόγος Ογκολόγος
 Πρόεδρος Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)
 Διευθύντρια στην Α' Ογκολογική Κλινική, "Metropolitan" Hospital, Αθήνα
 Επιστημονική υπεύθυνη Ογκολογικού Τμήματος «Ασκληπιός ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ», Ηράκλειο Κρήτης

Η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) είναι ένα μη κερδοσκοπικό επιστημονικό σωματείο που έχει ως σκοπό την προώθηση του γνωστικού αντικείμενου της ογκολογίας. Ιδρύθηκε το 1985 και από τότε είναι ο θεματοφύλακας της ογκολογίας στην Ελλάδα, ο αρμόδιος επιστημονικός φορέας για την ενημέρωση σε ογκολογικά θέματα, την εκπαίδευση και τη διασύνδεση με την πολιτεία και τους φορείς.

Η ΕΟΠΕ θέλει και μπορεί να κάνει τη διαφορά στη ζωή των ασθενών και των φροντιστών, να εγγυηθεί την επιτυχημένη πορεία του Εθνικού Σχεδίου Δράσης κατά του καρκίνου μαζί με το Υπουργείο Υγείας φυσικά και μαζί με όλους τους φορείς. Είναι εδώ και είναι έτοιμη να θέσει τις βάσεις και τον σχεδιασμό για τη χάραξη μιας συνολικής στρατηγικής ελέγχου και την αντιμετώπιση του καρκίνου στην Ελλάδα. Η πρωτοβουλία αυτή μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική δραστηριότητα στο πλαίσιο των κυβερνητικών δράσεων για την ανταπόκριση της ελληνικής πολιτείας στην ευρωπαϊκή στρατηγική διαχείρισης, που ψηφίστηκε στις 15 Φεβρουαρίου 2022 και την οποία ακούσαμε με μεγάλη ανακούφιση. Θεωρούμε ότι έθεσε το πρόβλημα εκεί που πρέπει, στο κέντρο των πάντων.

Τέσσερα σημεία απόλυτης προτεραιότητας θέτει η ΕΟΠΕ για τα επόμενα χρόνια:

1. Καταγραφή/ψηφιοποίηση στην υγεία και την ογκολογία με τη δημιουργία μπιτρώου καρκίνου και Ηλεκτρονικού Φακέλου Ογκολογικού Ασθενούς (ΗΦΟΑ). Στην ΕΟΠΕ μετά από προετοιμασία περίπου τριών ετών είμαστε έτοιμοι για την εφαρμογή Ηλεκτρονικού Φακέλου, τον οποίο θα προσφέρουμε στους ογκολόγους μέλη μας, ενώ παράλληλα συνεργαζόμαστε στενά με το Υπουργείο Υγείας στον τομέα αυτόν.

2. Εδραίωση κουλτούρας και πραγματικότητας πρόληψης, σε όλους τους καρκίνους που μπορούν να προληφθούν τουλάχιστον. Με το Υπουργείο Υγείας και την αρμόδια επιτροπή συμμετέχουμε κι εμείς στον σχεδιασμό και την υλοποίηση του προγράμματος «Φώφη Γεννηματά» για την πρόληψη του καρκίνου μαστού, με συγκεκριμένη περιγραφή για το ταξίδι της γυναίκας από τη μαστογραφία μέχρι τη βιοψία αν χρειαστεί.

Έχουμε επίσης καταρτίσει πρόταση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο του Πνεύμονα, την

οποία έχουμε αποστείλει στο Υπουργείο Υγείας. Επιπλέον, θεωρούμε ότι πρέπει να επιστημονοποιήσουμε: την κολονοσκόπηση, τη συμμαχία με άλλους 124 φορείς για τον HPV εμβολιασμό, ο οποίος θα πρέπει να επεκταθεί και να αφορά και σε κορίτσια και σε αγόρια και να καλύπτει μεγαλύτερο ηλικιακό φάσμα, τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, τις καλές συνήθειες (μη έναρξη ή διακοπή του καπνίσματος, μείωση της παχυσαρκίας, περιορισμό του αλκοόλ, περισσότερη άσκηση, πράσινες πόλεις χωρίς ρύπανση) για να γλυτώσουμε τουλάχιστον από το 50% των καρκίνων που μπορεί να προληφθεί. Πρέπει να γίνει αντιληπτό από όλους ότι οι διαγνωστικές προληπτικές εξετάσεις σε συνδυασμό με τις καλές συνήθειες μπορούν να σώσουν ζωές.

3. Ογκολογικά φάρμακα. Ήταν με μεγάλη ανακούφιση που ακούστηκαν τα στοιχεία από τη μελέτη του Σουηδικού Ινστιτούτου Οικονομικών της Υγείας, όπου με σαφήνεια ανακοινώθηκε ότι οι ογκολογικοί ασθενείς στην Ελλάδα –τουλάχιστον για τον καρκίνο του πνεύμονα– δεν υστερούν σε σχέση με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους στη δυνατότητα πρόσβασης σε καινοτόμα φάρμακα.

Παρόλα αυτά, και σε αυτό το πεδίο υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και με τη συνταγογράφηση αλλά και με το Σύστημα Ηλεκτρονικής Προέγκρισης Φαρμάκων (ΣΗΠΦ). Είμαστε σε στενή και άριστη συνεργασία με τον ΕΟΠΥΥ και πιστεύουμε ότι θα έχουμε σύντομα ακόμα καλύτερες συνθήκες και προϋποθέσεις χρησιμοποίησης καινοτόμων φαρμάκων μέσω της βελτίωσης του ΣΗΠΦ. Χρειάζεται διασύνδεση με την ΗΔΙΚΑ και προφανώς ο ΗΦΟΑ θα βοηθήσει πολύ.

4. Βιοδείκτες. Η ιατρική ακριβείας δεν είναι ακριβή, είναι πολύτιμη και ανεκτίμητης αξίας, απαραίτητη για να έχουμε την καλύτερη δυνατή θεραπευτική προσέγγιση στους ογκολογικούς ασθενείς μας. Πρέπει οι βιοδείκτες, ίσως μέσω του NGS (Next Generation Sequencing), να ενταχθούν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση άμεσα, έτσι ώστε να έχουν όλοι οι ογκολογικοί ασθενείς στην Ελλάδα ισότιμη πρόσβαση σε όλα. Θεωρούμε ότι πιθανότατα έχουν καθυστερήσει όλα αυτά λόγω της νόσου covid-19, αλλά φανταζόμαστε ότι θα επιταχυνθούν οι διαδικασίες από εδώ και στο εξής.

Το Υπουργείο Υγείας πρέπει να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες ώστε να έρθουν στην Ελλάδα τα νέα αντι-ικά για τη νόσο covid φάρμακα, που μπο-



ρούν να προστατέψουν τους ογκολογικούς ασθενείς στη φάση αυτή της άρσης των μέτρων και να χρησιμοποιήσουμε τα τεράστια βήματα που έγιναν στην Ελλάδα για την πανδημία της νόσου covid στην πανδημία του καρκίνου. Ο καρκίνος μπορεί να νικηθεί.

Επιπλέον, εμείς στην ΕΟΠΕ επενδύουμε στους νέους ανθρώπους, στους νέους ογκολόγους με υποτροφίες στο εξωτερικό, με χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων:

Υποτροφίες εξωτερικού, από το 1999 έως σήμερα:

- 125 υποτροφίες για μια ειδικότητα που μετρά λίγα μέλη, σχεδόν όλοι οι νέοι συνάδελφοι έχουν λάβει υποτροφία από την εταιρεία μας
- και έχουν μετακινηθεί σε 61 κέντρα μετεκπαίδευσης σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία
- πάνω από €1.435.000 η συνολική δαπάνη της εταιρείας μας για αυτές τις υποτροφίες

Ερευνητικά προγράμματα που έχουν διενεργηθεί στην Ελλάδα από το 2006 έως σήμερα:

- 234 ερευνητικά προγράμματα
- πάνω από €1.324.000 η συνολική δαπάνη της εταιρείας μας στη χρηματοδότηση αυτών των ερευνητικών προγραμμάτων

Τέλος, πάρα πολλές κλινικές μελέτες και προγράμματα ανίχνευσης μοριακών αλλαγών σε διάφορους καρκίνους προσφέρει η ΕΟΠΕ στους ογκολόγους για τους ογκολογικούς ασθενείς τους που ζουν στην Ελλάδα:

- Πρόγραμμα ανίχνευσης μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA 1-2 για τον καρκίνο των ωοθηκών και του μαστού
- Πρόγραμμα HRD myChoiceCDx Myriad Genetics για τον καρκίνο των ωοθηκών
- Πρόγραμμα ανάλυσης σωματικών μεταλλάξεων στον όγκο ασθενών με μη-πλακώδη, μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα
- Πρόγραμμα ελέγχου μοριακών αλλαγών σε ασθενείς με EGFR-Mutations σε μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα
- Πρόγραμμα Immunoscore για τη διαχείριση ασθενών με πρώιμο καρκίνο παχέος εντέρου σταδίου II και III
- Ανίχνευση της θετικότητας του PD-L1 σε ασθενείς με προχωρημένο/μεταστατικό ουροθηλιακό καρκίνο και τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού

Συνολικά από το 2011 ως σήμερα έχουν διενεργηθεί:

- 17 προγράμματα ανίχνευσης μεταλλάξεων και άλλων μοριακών αλλαγών
- > 4.300 ασθενείς ελέγχθηκαν δωρεάν με αυτά τα προγράμματα της ΕΟΠΕ μέσω των παθολόγων ογκολόγων γιατρών τους.
- >315 συμμετοχές ογκολογικών κέντρων από όλη την Ελλάδα είχαμε στα προγράμματα αυτά >820 συμμετοχές γιατρών ογκολόγων.
- Πάνω από € 3.810.000 είναι το κόστος των αναλύσεων που κάλυψε η εταιρεία μας προκειμένου να γίνουν οι εξετάσεις αυτές δωρεάν στους ογκο-

λογικούς ασθενείς της χώρας.

- Επίσης, 7 μελέτες παρατήρησης διενεργήθηκαν από την εταιρεία μας, στις οποίες εντάχθηκαν περισσότεροι από 1900 ογκολογικοί ασθενείς από περισσότερα από 120 ογκολογικά κέντρα από όλη την Ελλάδα.

Συνεχώς ξεκινάμε νέα προγράμματα και νέες μελέτες και πιστεύω ότι του χρόνου, με την ευκαιρία της 3ης σε σειρά αντίστοιχης εκδήλωσης του Economist, θα έχουμε να σας πούμε ακόμα περισσότερα. ●



Mary Bussell

Εκπρόσωπος, Economist Impact
Επικεφαλής, The Vaccine Ecosystem Initiative

Ήταν μια πραγματικά συναρπαστική μέρα που μοιραστήκαμε μαζί σας εδώ με φυσική παρουσία, αλλά και με άτομα που συμμετέχουν από όλο τον κόσμο. Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω όλους, διότι μοιραστήκαμε πληροφορίες, χτίσαμε γέφυρες περαιτέρω συνεργασίας, εργαζόμαστε για την επίτευξη ευρύτερης συναίνεσης και βρισκόμαστε στον δρόμο για την αλλαγή.

Ζούμε πολύ ενδιαφέροντες καιρούς σε ό,τι αφορά τον καρκίνο. Αποτελεί προτεραιότητα τώρα για την Ευρώπη και είναι συναρπαστικό σε όλα τα επίπεδα: πρόληψη, προσυμπτωματικός έλεγχος, έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και επιβίωση.

Ανυπομονώ να μοιραστώ μαζί σας τα πρακτικά της σημερινής συνάντησης, η οποία ήταν γεμάτη από ανθρώπους αφοσιωμένους, δραστήριους και παθιασμένους με το έργο που επιτελούν στον τομέα της ογκολογίας σήμερα.

Ανυπομονώ να χρησιμοποιήσουμε την έκδοση που θα προκύψει ως το θεμέλιο για το επόμενο συνέδριό μας του χρόνου, το 3ο μας συνέδριο, καθώς εργαζόμαστε ώστε να αξιοποιήσουμε την ατζέντα που έχουμε ήδη διαμορφώσει για την αντιμετώπιση του καρκίνου στην Ελλάδα και σε ολόκληρη την Ευρώπη. ●





Supporting organisations



Academic partner



Telecommunications provider



Logistics supplier



Official airline carrier



Communication sponsors



Online communication sponsor



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

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

Economist Impact SE Europe Events Economist Impact SE Europe Events