

*Parole chiave:* gastroenterologia, oncologia, training gastroenterologico, scuola di specialità

## Oncologia gastroenterologica o gastroenterologia oncologica: “back to the future”?

di Fabio Farinati

Professore Ordinario di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università degli Studi di Padova

Quello della gestione della patologia oncologica dell'apparato digerente da parte del gastroenterologo, o almeno di un suo più attivo coinvolgimento, è un tema su cui ci si interroga di frequente, sia in Italia che nel resto del mondo, ovviamente nel mondo gastroenterologico.

Winawer, nel 2011 [1], concludeva una disamina del ruolo del gastroenterologo in oncologia, al di là di quanto previsto dall'endoscopia diagnostica e terapeutica, campo ovviamente di esclusiva pertinenza gastroenterologica con queste frasi:

*GI cancer treatment requires specialized knowledge to appropriately and safely administer chemotherapeutic agents and to manage cancer- and treatment-related complications and toxicities. The treatment of GI cancers becomes more complex owing to the use of newer combination chemotherapy regimens and the incorporation of targeted agents. These skills comprise the core of medical oncology fellowship training, and the gastroenterologist wishing to practice GI medical oncology needs to receive a specific oncologic training.*

Il problema del training in oncologia per lo specialista gastroenterologo non è assolutamente cambiato nel corso degli ultimi anni e rimane, come sottolineato da Winawer, il punto nodale della problematica riguardante l'attività in ambito oncologico del gastroenterologo. Il training in oncologia digestiva è sostanzialmente molto scarso sia nel corso di Laurea, con cenni molto limitati di terapia, sia nel corso di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Digerente, come anche dimostrato da una precedente survey fatta in tutte le scuole di specializzazione di gastroenterologia italiane. Inoltre gli specializzandi, per parte loro, sono molto più focalizzati sull'apprendimento delle procedure endoscopiche che sulla parte strettamente oncologica del training, come da me già riportato in un precedente editoriale del 2012.

In più sono cambiate un discreto numero di cose, in modo tale da rendere, secondo me, la situazione ancora peggiore. Ne voglio elencare solo alcune, in ordine sparso e non di rilevanza:

1. La possibilità di fornire un training adeguato in oncologia, ma non solo, si è resa, con l'accorciamento a 4 anni del curriculum formativo degli specializzandi, irrisoria e tutte le Scuole credo si stiano concentrando ancor più sul fornire allo specializzando un adeguato training endoscopico, la vera "merce di scambio" della gastroenterologia del futuro, probabilmente basata su sempre meno UOC di Gastroenterologia e sempre più Servizi (UOSD?) di Endoscopia.
2. Sempre più spesso i servizi di endoscopia entrano nell'area di responsabilità chirurgica e ai chirurghi ne viene affidata l'apicalità (per non parlare di quelli di apicalità addirittura pediatrica) per cui, quando prima parlavo dell'endoscopia diagnostica e terapeutica come area di esclusiva pertinenza gastroenterologica non ero certamente del tutto nel vero.
3. La pratica clinica oncologica si è in parte resa più complessa, in parte per il maggior livello di specializzazione che richiedono i nuovi farmaci a bersaglio oncologico e le polichemioterapie, in parte per l'accentramento subito per motivi logistici. È di questi giorni, tanto per fare un esempio, la notizia che l'intero complesso aziendale di Padova deve far preparare i farmaci oncologici dallo IOV, l'IRCCS oncologico, fuori dall'Azienda, rendendo anche i radiologi interventisti, che trattano il fegato in con le chemoembolizzazioni in collaborazione con chirurghi e gastroenterologi, dipendenti da una struttura oncologica esterna.
4. Le grandi case farmaceutiche in ambito oncologico (Roche, MSD, ecc.) si appoggiano sempre più a strutture oncologiche pure, che abbiano *facilities* adeguate agli studi clinici, con data manager e infermieri di ricerca, comitati etici meno "disperanti" da affrontare e abbandonano sempre più le strutture internistiche, meno organizzate in questo ambito.
5. In pratica non esiste più la ricerca spontanea, dato che neppure in ambito di epatocarcinoma, la più "internistica" delle patologie oncologiche, la patologia per la quale era stata addirittura ipotizzata una figura di oncologo epato-biliare di derivazione epatologica [2], di la di qualche studio osservazionale post-marketing, anche centri epatologici molto forti non hanno avuto la capacità di produrre o farsi finanziare studi spontanei, se non dall'AIFA come è avvenuto per lo studio BOOST.
6. Le nostre Società scientifiche, che avevano in passato supportato questo sforzo a riappropriarsi dell'ambito oncologico con una serie di corsi sulle varie neoplasie, che si svolgevano o in occasione della FISMAD nazionale o in tempi e modi diversi, hanno in larga misura abbandonato l'ambito ed abdicato ad un ruolo di stimolo in questa direzione, che sarebbe ancora essenziale.
7. Il carico burocratico gestionale sta diventando sempre più oppressivo, i controlli sulle pratiche prescrittive, i trials, le attività libero professionali e ogni altro momento della nostra giornata, ossessivi, almeno nella realtà in cui io opero, ma credo non molto dissimilmente da altre sedi. Di conseguenza la voglia di aprire altri fronti, di gettarsi in nuove iniziative è stata in larga misura inesorabilmente persa.

Ho rivisto anche la letteratura sul tema, trovando in realtà molto poco sull'argomento negli ultimi 5 anni. Tuttavia, a ulteriore dimostrazione di come gli scenari siano cambiati, del tutto recentemente un gruppo di Harvard [3] è tornato sull'argomento, in sostanza sostenendo che con

la crescente complessità delle terapie oncologiche, lo sviluppo di nuovi agenti terapeutici e l'aumento di incidenza del cancro, è fondamentale che il gastroenterologo sia preparato specificamente nella gestione della patologia gastroenterologica dei pazienti con cancro. Ma contrariamente da quanto suggerito da Winawer, sopra citato, il commento continua dicendo che il gastroenterologo deve collaborare con gli oncologi nella gestione degli effetti collaterali e delle complicanze a livello dell'apparato digerente delle terapie prescritte dagli oncologi e specializzarsi sul tema. Come dire, noi gestiamo la patologia, voi imparate a gestire i danni che noi facciamo. Se questo è quello che ci aspetta...

Nel 2000, prima, e nel 2012, poi, avevo sottolineato l'importanza di continuare a spingere nella direzione di una riappropriazione dell'ambito oncologico da parte della gastroenterologia italiana, in due diverse "comparse" su Digestive and Liver Disease [4,5], la rivista delle nostre società, ora solo in parte. Chi si prendesse la briga di leggere le due lettere si renderebbe conto che assai poco è cambiato, se non in peggio. Dubito che tornare oggi sull'argomento avrebbe una grande utilità. Certo se volessimo davvero provarci, sarebbe necessario un grande sforzo collettivo, della Gastroenterologia Italiana nel suo complesso, nelle sua rappresentanze ufficiali, l'UNIGASTRO, per quanto riguarda gli aspetti didattici, nelle società scientifiche, SIGE ed AIGO almeno, per quanto riguarda gli aspetti organizzativi ed il retraining ed infine nella FISMAD, che dovrebbe indirizzare specifici sforzi nelle sedi più opportune, anche ministeriali.

Sicuramente dovremmo per prima cosa agire appunto sul training, cercando di modulare il percorso formativo nelle Scuole di Specialità che molti autori, tra i quali Sung nel 2011 [6], (Figura 1) hanno proposto, con una parte di insegnamento "base" ed una "avanzata", ove figure l'oncologia in alternativa all'epatologia, endoscopia e motilità, approfittando del fatto che per evitare danni maggiori il Ministero, nel ridurre la durata della scuola, ha anche dato indicazione di ridurre il tronco comune a 3-4 mesi, potenziando gli ultimi 18-24 mesi del training

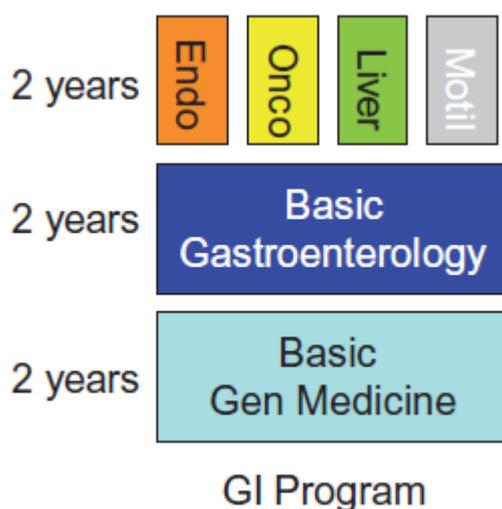


Figura 1. Da Sung, 2011.

Abbiamo perso del tempo, molto, ci siamo probabilmente giocate le *chances* migliori, quando era il momento di spingere, ma almeno sediamoci a parlare della problematica; se volessimo davvero provare a modificare il nostro futuro dovremmo tornare indietro e ripartire da dove ci siamo fermati alcuni anni fa. Sinceramente uno scenario caratterizzato da gastroenterologi che tamponano le falle aperte dagli oncologi a cui hanno passato i pazienti dopo averli diagnosticati e stadiati o che competono con chirurghi per la gestione dell'endoscopia non mi interessa proprio.

1. Winawer SJ et al., The Future Role of the Gastroenterologist in Digestive Oncology: An International perspective, *Gastroenterology* 2011;141:13-21.
2. Gores GJ. The Emergence of a New Discipline, Hepatobiliary Oncology. *Hepatology*, 2008, 47: 365-366
3. Grover S, Lim RM, Blumberg RS, Syngal S. Oncogastroenterology. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 34, No 10 (April 1), 2016, 1154-1155.
4. Crespi M, Farinati F. Gastroenterological oncology: a top priority. *Dig.Liv.Dis.*, 2000;32; 743-4.
5. Farinati F. Digestive Oncology: its now or never. *Dig.Liv.Dis.*, 2012;44; 180.
6. Sung Y. Future role of gastroenterologists in digestive oncology in the Asia Pacific region. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 26 (2011) 432-436.