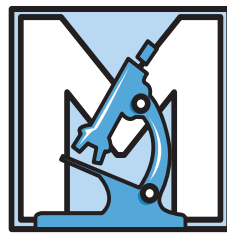


ONCOLOGIA/ Accolto da oncologi e Dg l'appello dei malati emerso dall'indagine Censis-Favo

# «Non si risparmi sui farmaci»

Pesante l'impatto sociale del cancro: il 20% dei pazienti ha perso il lavoro



Sbagliato risparmiare sui farmaci: i veri sprechi sono altrove. E tocca rimboccarsi le maniche per eliminarli. Al convegno dedicato alla presentazione dell'indagine Censis-Favo «Ad alta voce» sui malati di cancro e i caregiver (si veda Il Sole-24 Ore Sanità della scorsa settimana), che si è svolto al Senato l'8 novembre, sono stati tutti d'accordo: gli oncologi, il presidente di FederSanità Anci, i politici. Con il sottosegretario all'Economia, **Bruno Cesario**, che ha fatto mea culpa: «Troppi disastri sono stati compiuti nella Sanità, come è avvenuto nella mia Regione, la Campania. Bisogna ricominciare daccapo. E la logica dell'economia non deve prevalere su quella della salute».

Detto da un sottosegretario di Via XX Settembre, seppur a fine mandato, è stato un bel gol per pazienti e volontari. Che a chiare lettere - attraverso gli interventi di **Francesco De Lorenzo (Favo)**, **Elisabetta Iannelli (Aimac)**, **Annamaria Mancuso (Salute Donna)** e **Francesco Diomedè (Aistom)** - hanno confermato la paura dei malati di veder allungare in futuro le liste d'attesa e di vedersi negare, per ragioni di bilancio, le cure più innovative. Un diritto già messo alla prova dai ritardi con cui i medicinali entrano nella disponibilità degli ospedali. «I vari passaggi servono soltanto a prendere tempo», ha denunciato **Paolo Marchetti**, direttore dell'oncologia del Sant'Andrea di Roma. «Il ritardo in media è di un anno, cui seguono altri ritardi nelle registrazioni regionali», ha sottolineato **Francesco Cognetti**, primario all'Ircs Regina Elena.

Da parte sua **Maurizio de Cicco**, amministratore delegato di Roche, che ha sostenuto l'indagine, ha rimarcato che «il difficile quadro economico e un contesto italiano non favorevole all'innovazione possono disincentivare gli investimenti». Così come le tante misure penalizzanti per l'industria, ultima la norma

Cambiamenti sul lavoro legati all'insorgenza della malattia (val. %)			
	Maschio	Femmina	Totale
<b>Ho dovuto lasciare il lavoro</b>	21,4	19,7	<b>20,5</b>
<b>Ho dato le dimissioni/Ho cessato la mia attività commerciale/professionale/artigianale ecc.</b>	15,4	6,9	<b>10,2</b>
<b>Sono stato licenziato</b>	1,7	2,7	<b>2,3</b>
<b>Ho dovuto cambiare lavoro</b>	2,6	3,2	<b>2,9</b>
<b>Ho dovuto trovare un lavoro</b>	1,7	0,5	<b>1,0</b>
<b>Ho dovuto fare assenze</b>	31,6	40,4	<b>36,8</b>
<b>Mio malgrado, si è ridotto il mio rendimento</b>	30,8	30,9	<b>30,9</b>
<b>Ho messo da parte propositi di carriera</b>	7,7	12,2	<b>10,7</b>
<b>Ho dovuto chiedere il part-time (o altre modalità flessibili o di riduzione dell'orario)</b>	2,6	11,2	<b>7,8</b>
<b>Non ci sono stati cambiamenti</b>	23,9	20,7	<b>21,8</b>
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte			

Fonte: indagine Censis, 2011

della manovra estiva che obbliga le farmaceutiche a ripianare il 35% dello sfioramento della spesa farmaceutica ospedaliera regionale a partire dal 2013.

L'apertura verso le richieste dei malati non significa però essere ciechi davanti al problema sostenibilità. Vuol dire riconoscere che l'appropriatezza è l'unica strada percorribile. **Dino Amadori**, direttore dell'Irct di Meldola, ha citato molte soluzioni "risparmiose" e rispettose dei diritti dei malati: la rete oncologica regionale, innanzitutto, e poi la distribuzione diretta e la centralizzazione della preparazione dei farmaci più costosi. Persino il presidente di FederSanità Anci, **Angelo Lino Del Favero**, Dg in Veneto, ha ammesso che «si colpisce il farmaco perché è il bersaglio più facile» ma che essere virtuosi è possibile senza negare le cure ai pazienti. «Bisogna rivedere i modelli organizzativi e noi medici per primi dobbia-

mo rimetterci in gioco», ha precisato **Stefano Cascinu**, primario agli Ospedali Riuniti di Ancona e alla sua prima uscita pubblica come presidente eletto Aiom. «Deve esserci un gruppo multidisciplinare esperto in una patologia, organizzato in una unità funzionale». Le proposte abbondano. **Pierfranco Conte**, direttore di oncologia a Modena e Reggio Emilia, ha indicato due vie: la creazione, sul modello francese, di un unico budget nazionale per farmaci innovativi e la nascita di centri di riferimento a livello regionale per biobanche, diagnostica molecolare e trattamento di neoplasie rare.

Dalla politica è arrivato un richiamo forte a non perdere di vista la realtà, che è quella di un Ssn allo stremo. «Se non vogliamo tagli ai farmaci o ai presidi è indispensabile rivedere il sistema di welfare universale», ha ammonito il senatore **Raffaele Calabrò (Pdl)**, difen-

dendo l'utilità dei ticket. Per il collega **Lionello Cosentino (Pd)**, gli strumenti per voltare pagina esistono: «Occorre un'analisi seria sui percorsi di cura dei malati di tumore». E ripensare tutto, a cominciare dai piani di rientro «che sono finti, perché non risolvono i problemi strutturali delle Regioni con i conti in rosso». Il federalismo, come è stato attuato, «è fallito, perché manca un coordinamento centrale forte». Le disparità territoriali denunciate dai malati di tumore lo provano («Un problema ancora irrisolto dopo oltre trenta manovre che hanno riguardato la Sanità in dieci anni»), ha aggiunto in serata il senatore Pd **Ignazio Marino**. Così come le difficoltà di attuazione del Piano oncologico nazionale, che pure sulla carta - come spiegato da **Antonio Federici**, del ministero della Salute - punta proprio a ridurre, attraverso lo sviluppo delle reti regionali, le differenze geografiche.

Tutto questo per quanto riguarda la Sanità in senso stretto. Se però, come evidenziato dal presidente Censis **Giuseppe De Rita**, «la diagnosi di tumore è un *lifechanging event*», resta apertissimo l'altro buco nero evidenziato dall'indagine e sottolineato dal vice-direttore **Carla Collicelli**: l'assenza di servizi sociali e di supporti estranei alla famiglia e la reazione del mondo del lavoro davanti alla malattia, con il 20% dei malati che perde il posto (si veda la tabella). Costi per la società intera ancora misconosciuti e destinati ad aumentare, se non si interrompe il trend. Riconoscendo ai 2,2 milioni di italiani che hanno avuto una diagnosi di tumore (malati o guariti) il diritto non di sopravvivere, ma di vivere pienamente. Come è accaduto a **Paolo Pizzo**, 28enne spadista di Catania, che ha raccontato la sua storia. A 14 anni è stato operato per un tumore cerebrale, oggi è campione del mondo di scherma. Incoronato il 12 ottobre scorso proprio nella sua città. Un combattente e un vincitore.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IL PUNTO IN UN MEETING INTERNAZIONALE AL REGINA ELENA

# Tumore al seno, dove vanno le cure

Grazie alla combinazione di diagnosi precoce e terapie mediche, incluse quelle target, in Italia vivono oggi oltre 520.000 persone con un'esperienza pregressa di cancro al seno. I programmi di screening mammografico, da soli, riescono a ridurre il 45% dei decessi dovuti a questa patologia. Ma nel nostro Paese l'accesso a queste misure preventive non è equamente distribuito. Esistono infatti sostanziali differenze tra Nord e Sud. Nel Settentrione, nelle zone in cui sono attivi, circa la metà dei tumori viene scoperta in fase precoce. Nel Meridione questo valore si abbassa al 30 per cento. Un dato che si traduce in un aumento di circa il 50% del rischio di morire per questa neoplasia.

E questo lo scenario emerso dal progetto Impatto promosso dall'Osservatorio nazionale screening, che indica come l'estensione effettiva sia solo del 69,2%, con grandi differenze tra le aree geografiche. Si deve inoltre considerare che non tutte le donne rispondono all'invito. Il tasso di partecipazione è infatti in media del 55% (solo una su 2 accetta). Anche in questo caso sussiste un divario tra Centro-Nord e Sud, dove i livelli di adesione sono al 40%. È necessario quindi agire su tre fronti: aumentare l'offerta attiva, migliorare l'informazione e rinnovare i criteri finora utilizzati per lo screening, che dovrà essere sempre più "su misura". In particolare, sulla base dei fattori predisponenti (familiarità o condizioni genetico-ereditarie, mammella densa, terapia ormonale sostitutiva, precedenti condizioni patologiche del seno predisponenti al cancro e presenza di impianti protesici) è necessario suddividere le donne in tre categorie di rischio (normale, medio e alto).

Le stesse condizioni potranno orientare poi per una differente modulazione sia dello strumento diagnostico da utiliz-



zare (mammografia, ecografia, risonanza magnetica), che per un diverso timing degli esami. Quindi non più la mammografia ogni 2 anni a tutte le donne, ma una personalizzazione dei controlli sulla base del rischio individuale di ciascuna.

Buoni risultati si registrano anche tra donne con malattia metastatizzata. Oggi un terzo di loro sopravvive più di 5 anni, venti anni fa erano il 10%. Il merito è delle nuove terapie, in particolare anche di quelle biologiche, che hanno consentito in alcuni casi di cambiare la storia naturale della patologia, come per le neoplasie HER2 positive.

Per ottenere ulteriori progressi dobbiamo intervenire prima e in maniera

mirata: non esiste un solo cancro del seno, ma molti tumori differenti tra di loro per assetto molecolare e genetico, tipologia istologica, comportamento clinico e prognosi e per la risposta ai singoli trattamenti. Conoscere le caratteristiche diventa fondamentale per utilizzare farmaci appropriati. La ricerca negli ultimi anni si è concentrata sulle molecole biologiche, in grado di agire selettivamente sulle cellule malate. Medicinali "intelligenti" che si legano a determinati recettori, individuabili tramite appositi test. Grazie a questi esami si può stabilire a priori chi beneficerà dei trattamenti, con un notevole guadagno in termini di qualità di vita e utilizzo appropriato delle risorse.

Il tema dell'appropriatezza è centrale anche a livello internazionale, come sottolineato dagli esperti presenti al II International Meeting on new drugs in breast cancer, tenutosi all'Ircs Regina Elena di Roma il 13 e il 14 ottobre. Tra gli ospiti, numerosi esperti di livello mondiale fra cui Massimo Cristofanilli del Fox Chase Cancer Centre di Philadelphia, Edith Perez della Mayo Clinic di Jacksonville, Clifford Hudis del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York e candidato presidente eletto dall'American society of clinical oncology (Asco), Henning Mouridsen del Copenhagen University Hospital, Harold Burstein del Dana Farber Cancer Institute di Boston e Herman Cortés

Funes, dell'Ospedale Universitario "XII ottobre" di Madrid, past president della Società europea di oncologia (Esmo).

In questo periodo di crisi economica si avverte ancor più l'importanza di una gestione oculata delle disponibilità economiche. Diventa fondamentale riuscire a gestire la spesa, per permettere anche in futuro l'erogazione di esami clinici e farmaci. Le notizie che provengono da alcuni ospedali italiani sulla carenza di medicinali oncologici preoccupano molto. Abbiamo riscontrato alcuni "scricchiolii" sulla disponibilità di prodotti utilizzati per tumori ovarici, della mammella ed ematologici. Si tratta per ora di casi isolati, ma bisogna vigilare con attenzione. In alcune realtà mancano addirittura le risorse per acquistare anche i farmaci oncologici meno costosi. Su questi temi un confronto internazionale è indispensabile, tanto quanto lo è per la ricerca. In questo senso, un meeting di questo livello rappresenta un importante riconoscimento alla nostra oncologia, distintasi nel panorama scientifico internazionale per pubblicazioni e sperimentazioni cliniche.

Durante la due giorni di lavoro, un appuntamento biennale, sono state presentate e discusse le più recenti evidenze scientifiche delle nuove molecole. Alcune hanno già mostrato la loro efficacia su altre neoplasie, altre sono invece state messe a punto nello specifico per la mammella. Ci attendiamo per un prossimo futuro ulteriori miglioramenti nella possibilità di trattare con successo questo tumore.

**Francesco Cognetti**  
Presidente II International Meeting  
on new drugs in breast cancer

© RIPRODUZIONE RISERVATA