

Il vaccino dei teenager

Contro il papilloma virus
le azioni di prevenzione
anche con test e campagne

ROBERTA GIOMMI E ELVIRA NASELLI

Un'infezione che contagia 8 persone su 10 ma solo alcuni "tipi" possono causare il tumore del collo dell'utero
La copertura vaccinale delle dodicenni è ancora bassa
Aumentare la platea, anche maschile, fino a 25 anni

Papilloma virus

Rischio cancro test e vaccino per prevenire

La campagna avviata nel 2008 prevede tre dosi in cinque anni a cominciare dalle nate nel 1996. I vantaggi anche per i ragazzi

È

ELVIRA NASELLI

un virus diffusissimo l'Hpv o papillomavirus, visto che, secondo le stime, l'80% di uomini e donne che ha una vita

sessuale - non necessariamente rapporti completi - prima o poi ci entra in contatto. Diffuso e relativamente innocuo perché, nella maggior parte dei casi, l'infezione non dà sintomi e per lo più regredisce spontaneamente. Gli Hpv a basso rischio (tipo 6 e 11) possono provocare solo i condilomi, mentre quelli ad alto rischio (tipi 16 e 18) sono in grado di causare cancro della cervice uterina (3200 casi annui in Italia) ed altri tumori dell'apparato genitale. Essere positivi a 16 e 18 non si traduce necessariamente con cancro del collo dell'utero.

«Anzi possiamo dire - precisa Luciano Mariani, coordinatore Hpv unit dell'Ifo di Roma - che la progressione verso il cancro della cervice uterina è l'eccezione di un'infezione molto comune. Le 3200 donne malate sono per lo più quelle che non si sottopongono a screening né ad esami, ed è quel bacino che dobbiamo raggiungere per rendere efficace la prevenzione».

Campagne, una per la settimana europea della prevenzione sostenuta da Onda si è appena conclusa, un progetto europeo specifico, Aurora, un messag-

gio a medici di base, pediatri, ginecologi perché sensibilizzino le pazienti. La prevenzione infatti - attraverso pap test, hpv test e vaccino - è fondamentale. «Il pap test non va in soffitta - precisa Mariani - ma è superato dal test virale, più sensibile del 30%. Ma è fondamentale,

per ottimizzare i costi, la lettura centralizzata e l'utilizzo - per lo screening - soltanto di test ampiamente validati, attualmente 4 su 125». Il percorso dello screening di prevenzione ideale (già avviato in Toscana, *vedi a lato*) è semplice: si fa il test virale, se positivo si passa al pap test «in grado di fare una scrematura - continua Mariani - può non esserci al momento malattia o anche non esserci mai. Se il pap test è negativo si ripete il test virale dopo un anno, se è ancora positivo si passa alla colposcopia. Se invece è positivo si passa subito alla colpo-

scopia. Tutte le donne dai 30-35 anni in poi dovrebbero fare l'Hpv test, dai 25 ai 30 è sufficiente solo il pap test».

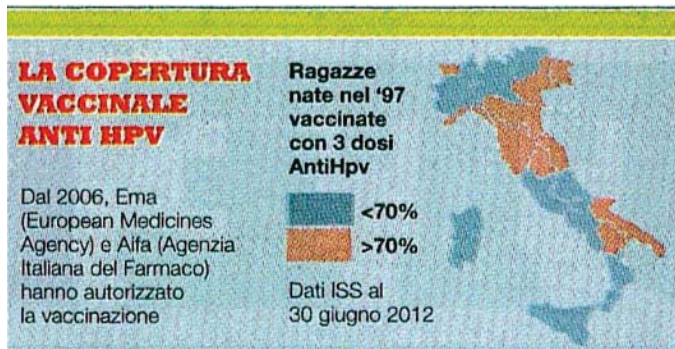
Per la vaccinazione discorso diverso. In Italia, dal 2008, il vaccino viene offer-

to gratis alle dodicenni (tre dosi in cinque anni) con un obiettivo di copertura del 95%. Il Regno Unito è già al 90, l'Italia a giugno scorso era ancora intorno al 70% di media, con differenze rilevanti, tanto più se si considera che alcune Regioni sono andate anche ben oltre, offrendo il vaccino anche ad una seconda coorte di ragazze (tra 15 e 18 anni), la Basilicata addirittura ad altre due (dunque a 12, 15, 18 e 25 anni).

All'estero (Australia, Nuova Zelanda, Austria e Usa) la vaccinazione è estesa anche ai maschi, nei quali ridurrebbe non solo la condilomatosi, in forte aumento, ma anche il rischio di ammalarsi di tumore all'ano, al pene e all'orofaringe, anche questo in crescita. In Italia non è prevista gratuitamente, anche se alcune Regioni la erogano a prezzo agevolato. «La vaccinazione anche ai maschi permetterebbe un'eradicazione

della malattia - premette Walter Ricciardi, direttore del dipartimento di Sanità pubblica del policlinico Gemelli - ma è prioritario proteggere le donne, ampliando le coorti di destinatarie. Cosa resa possibile dall'abbassamento dei costi del vaccino dal 2008 a oggi: a parità di costo possiamo arrivare anche ai 18 anni, ricordando che il vaccino ha un rapporto ottimale costo/efficacia fino ai 25, e bene ha fatto la Basilicata ad allargare la coorte. Il primo obiettivo è comunque aumentare la percentuale di vaccinate tra le dodicenni, ci sono regioni, come Veneto e Puglia, che invitano in modo capillare e insistono anche, e altre che non invitano neppure. Il vaccino per l'Hpv è stato inserito nei Lea (livelli essenziali di assistenza, ndr) ma bisogna far molto per l'informazione. La squadra di calcio del Barcellona ha lanciato un appello per la vaccinazione e i risultati in Spagna stati straordinari. Anche da noi ci vorrebbe qualcosa di simile...»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



3200
nuovi casi di cancro della cervice ogni anno in Italia

I CONDILOMI GENITALI

Sono il segno più facilmente riconoscibile dell'infezione da Hpv (talvolta possono non vedersi ad occhio nudo)



1-5%

degli infettati da Hpv genitale sviluppa i condilomi genitali

L TEST HPV



Svela la presenza del virus. È più affidabile del Pap Test, si fa su un semplice prelievo di liquido vaginale. Il test rivela subito anche i genotipi virali



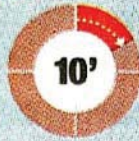
PER SAPERNE DI PIÙ

www.epicentro.iss.it
www.salute.gov.it

41

IL PAP TEST

È un esame non invasivo in grado di diagnosticare la presenza di cellule cancerose nel collo dell'utero



5-10 MINUTI richiede l'esame



Spatola Cervice

Si prelevano campioni di cellule della cervice prima con una spatola e poi con uno spazzolino

CHI DEVE ESEGUIRLO

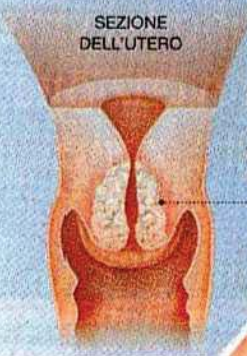
Donne tra 25 e 65 anni

PERIODICITÀ

Ogni 3 anni (se non c'è altra indicazione medica)

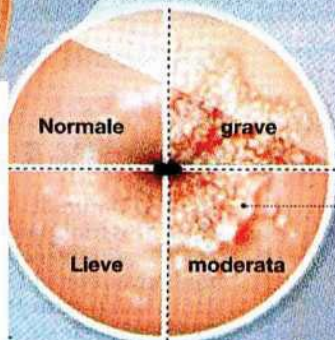
IL CANCRO DELLA CERVICE

L'infezione da Hpv può lentamente trasformare una normale cellula della cervice in una cellula tumorale



Cellule anomale nella cervice (displasia)

AREA INGRANDITA VISTA DALL'ALTO



Cellule anomale

I virus si trasmettono per via sessuale e si replicano nelle cellule dell'epidermide



In base alla quantità di cellule anomale la displasia viene classificata come: lieve, moderata o grave

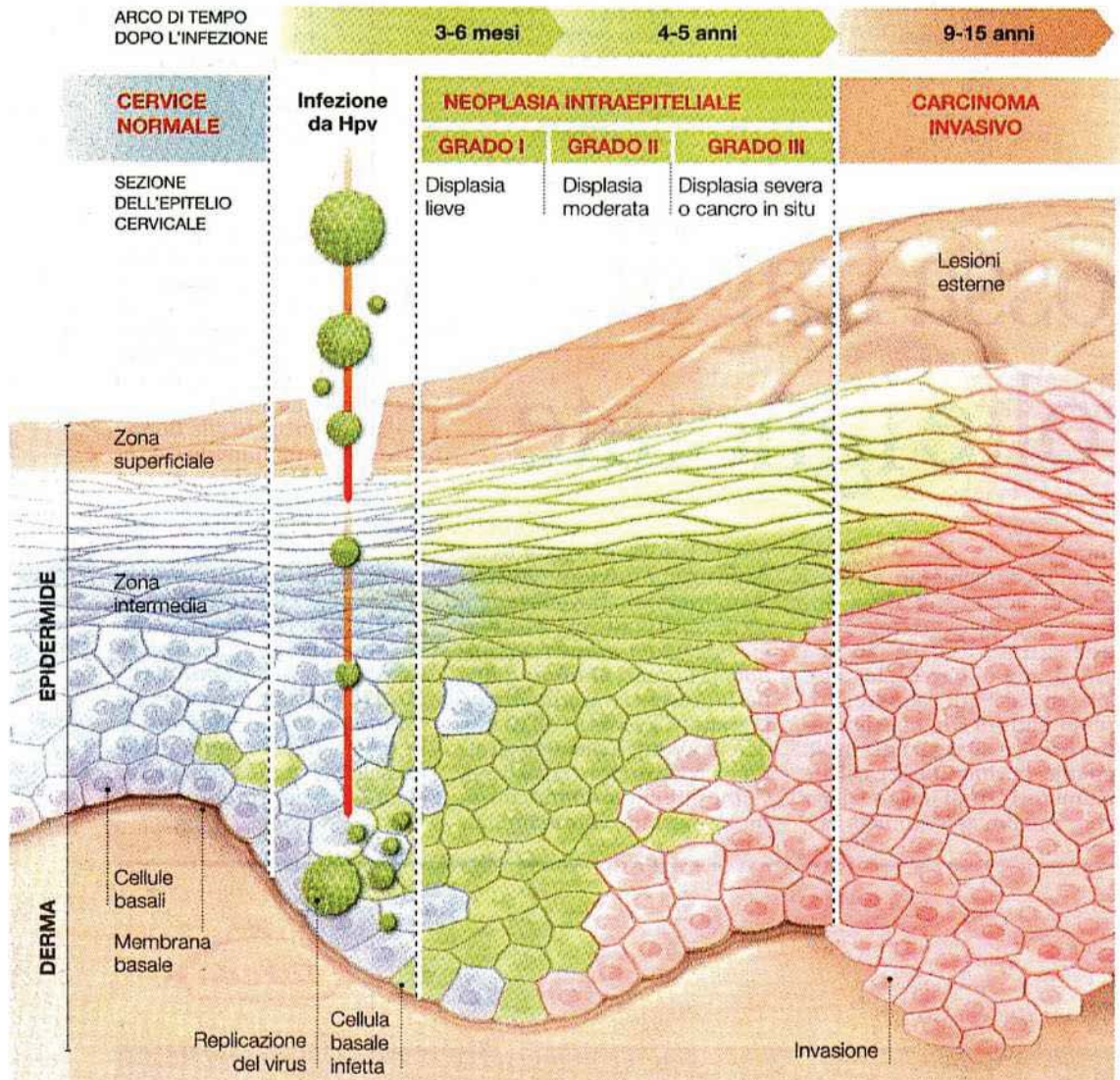
0,8%

delle donne con Hpv ad alto rischio sviluppa il cancro della cervice

DALL'INFEZIONE AL CANCRO

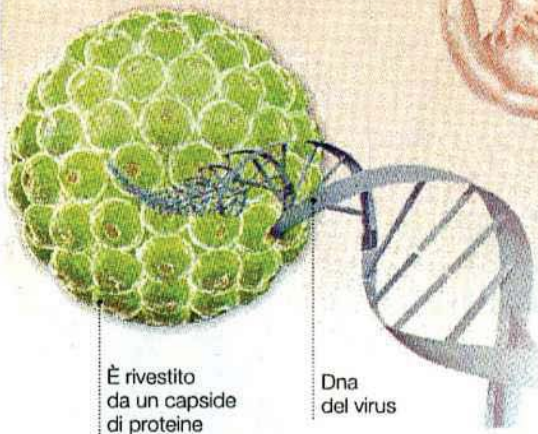
I ceppi di Hpv persistenti e ad alto rischio possono evolvere in lesioni precancerose e successivamente in cancro della cervice

90% DEI CASI l'infezione guarisce di modo spontaneo



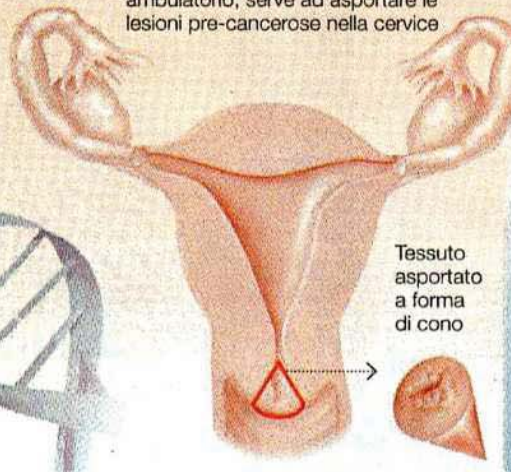
IL VIRUS

Ci sono oltre 120 genotipi: alcuni innocui, altri a basso rischio e altri (circa 15) ad alto rischio oncogeno



L'INTERVENTO

La conizzazione si può eseguire in ambulatorio, serve ad asportare le lesioni pre-cancerose nella cervice



15'

15 MINUTI
Durata media

CERVICE PRIMA



DOPO



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Camera: la Commissione errori tira le somme

Sprechi, truffe ed errori nella relazione conclusiva della Commissione d'inchiesta della Camera. (Servizio a pag. 10)

CAMERA/ COMMISSIONE ERRORI

Tra disavanzi e truffe l'eredità della legislatura

Ci si strappano le vesti per la sostenibilità e si spende ancora troppo e male. Si fa un grande invocare rigore e trasparenza ma si assegnano anche fior di incarichi apicali senza regolare concorso. I medici sono continuamente sotto processo, mentre i tanti amministratori responsabili di sprechi da migliaia di euro al giorno non rispondono mai. E ci sono Regioni che avendo in media il doppio di medici in rapporto al posto letto mettono in pista la performance qualitativamente peggiore per i cittadini.

Queste e mille altre incongruenze fanno da protagoniste nella Relazione conclusiva della Commissione parlamentare d'inchiesta della Camera sugli errori e i disavanzi sanitari, che la settimana scorsa ha tracciato il proprio bilancio, a partire dai 570 casi di presunta malasania all'attenzione dei parlamentari dall'aprile 2009 al dicembre 2012 (in media 13 al mese).

Malpractice: bilancio triennale. Dall'analisi dei dati emerge un totale di 400 decessi: 261 decessi sono legati a presunti errori medici e 139 a inefficienze di vario tipo e circa metà del numero totale dei decessi (400) si è registrata in due sole Regioni: Calabria (87) e Sicilia (84). La responsabilità non è sempre però direttamente attribuibile al medico: la commissione guidata da Antonio Palagiano (Idv) consegna ai posteri l'invito pressante a monitorare disservizi, carenze, strutture inadeguate che caratterizzano un'Italia in cui «le responsabilità organizzative politiche pesano co-

me un macigno».

I bebè della speranza. Tra i casi di disservizio o peggio che meritano d'essere ricordati i viaggi della speranza da Sud a Nord delle coppie che vogliono intraprendere la strada della fecondazione assistita, per non essere costrette a rivolgersi ai centri privati. La media a livello nazionale di donne trattate per ogni centro è di 444 donne residenti e di 168 donne non residenti: più di un quarto delle donne, quindi, esegue trattamenti in Regioni diverse da quelle di residenza. E il 39% dei cicli riproduttivi fatti sulle siciliane è effettuato al Nord.

Medici&posti letto. Dal travaso delle aspiranti mamme da Sud a Nord al travaso di medici in senso opposto: nella messe di dati analizzati dalla Commissione Errori spiccano le incongruenze relative al rapporto tra medici e posti letto.

Il confronto con le Regioni del Nord è impietoso: si passa da circa 6 medici ogni 10 posti letto effettivi in Friuli Venezia Giulia, provincia autonoma di Trento e Marche, ai 12 ogni dieci posti letto in Sicilia; 11,8 in Basilicata; 11,1 in Calabria; 11,3 nel Lazio. Vicini alla media nazionale (8 medici ogni 10 p.l.) solo Toscana, Emilia Romagna e Abruzzo.

La sala operatoria che non c'è. Nella carrellata delle irregolarità il Sud spicca anche per il caso Campania nel mirino anche, ma non solo, per l'adozione di procedure fantasiose in tema di attribuzione degli incarichi e

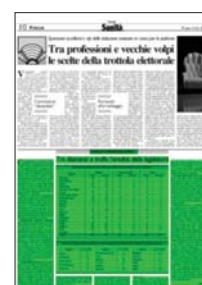
acquisti. In totale sono 383 gli incarichi ricoperti a vario titolo da personale che non ha superato un regolare concorso: sono 29 per la Asl di Caserta che la Commissione definisce «incomprensibili».

Citatissima invece - al capitolo degli acquisti fuori ordinanza - la Asl Napoli 3 Sud: tra le tante, ha dotato di beni e macchinari l'Ospedale di Sorrento senza indire alcuna gara ma rivolgendosi, a esempio, con affidamento diretto all'unico fornitore indicato dal clinico di turno. La stessa relazione segnala in proposito una «singolare anomalia degna di nota», l'acquisto per 46mila euro della dotazione (letto operatorio e accessori) di una III sala operatoria che a Sorrento «non solo non risulta mai attivata ma non esiste neppure dal punto di vista strutturale».

Un capitolo ad hoc anche per la Sicilia, sotto la lente per il permanere di gravi criticità finanziarie e della situazione fortemente debitoria della maggior parte delle aziende sanitarie. Criticità al top a Messina mentre su tutto il territorio pesa l'effetto annuncio di misure e interventi non realizzati, come la ristrutturazione della rete ospedaliera, i Pta (o medicina territoriale) e la mancata costruzione dell'Utin dell'Ospedale Bambino Gesù di Taormina, ancora sprovvisto di un reparto di terapia intensiva neonatale a danno dei piccoli pazienti del reparto di cardiocirurgia.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Casi di malasanità in atto all'esame della Commissione "errori sanitari"

Regioni	Globali		Presunti errori		Altro	
	Totali	Decessi	Totali	Decessi	Totali	Decessi
Piemonte	24	18	16	11	8	7
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0
Liguria	22	14	15	8	7	6
Lombardia	34	13	24	10	10	3
Trentino Alto Adige	1	1	1	1	0	0
Veneto	29	16	19	12	10	4
Friuli Venezia Giulia	3	2	2	1	1	1
Emilia Romagna	36	28	19	13	17	15
Toscana	34	22	27	18	7	4
Umbria	7	3	7	3	0	0
Marche	4	1	3	1	1	0
Lazio	63	42	35	21	28	21
Abruzzo	8	8	5	5	3	3
Molise	2	1	1	0	1	1
Campania	37	30	27	21	10	9
Basilicata	4	3	3	2	1	1
Puglia	36	25	21	14	15	11
Calabria	107	87	87	71	20	16
Sicilia	117	84	72	49	45	35
Sardegna	2	2	0	0	2	2
Totale	570	400	384	261	186	139

Numero di dipendenti medici per ogni 10 posti letto effettivi per Regione di appartenenza

Regioni	N. x 10 PI	Regioni	N. x 10 PI	Regioni	N. x 10 PI
Liguria	7,0	Provincia di Trento	6,3	Basilicata	11,8
Lombardia	6,8	Lazio	11,3	Calabria	11,1
Valle d'Aosta	7,4	Marche	6,3	Campania	10,1
Emilia Romagna	7,9	Toscana	8,3	Molise	7,7
Friuli V.G.	6,3	Umbria	7,1	Puglia	6,9
		Abruzzo	8,8	Sicilia	12,3

Malasanità

Si presenta a Roma l'Istituto Promozione

per l'Etica: 60 miliardi di affari illeciti

da recuperare all'efficienza. Un risveglio

culturale tra **controlli e verifica costi-benefici**

Anti-corrruzione brevi ricette per "rifondare" Asl e ospedali

Metà del malaffare pubblico in Italia avviene nella salute I dati Censis e Transparency

CARLA COLICELLI*

Come afferma la Corte dei Conti l'Italia presenta "un quadro di corruzione ampiamente diffuso (...) nei lavori pubblici e nella materia sanitaria". Una situazione di cui i cittadini sono ampiamente consapevoli, visto che ne segnalano la presenza nelle istituzioni nazionali e locali più che in altri paesi: tra 92 e 95% rispetto al 67-79% della media europea (dati Eurobarometro 2012), ed attribuiscono l'origine della crisi economica alla crisi morale della politica ed alla corruzione nel 43,1% dei casi, più che ad ogni altro fattore (dati Censis 2012). Sempre secondo dati Censis, gli italiani ritengono che assisteremo ad un aumento dei comportamenti scorretti per fare carriera (64,1%), del pagamento di tangenti (55,1%) e dell'evasione fiscale (58,6%). Circa il 50% di

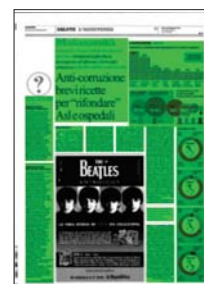
questa corruzione si annida nella sanità, le cui dimensioni di malaffare sono state stimate in 60 miliardi all'anno dal sottosegretario Elio Cardinale. I fatti criminali di cui, dai tempi del Pio Albergo Trivulzio nel 1992, si viene periodicamente a conoscenza attraverso stampa e resoconti giudiziari costituiscono di fatto solo la punta di un enorme iceberg, se è vero quanto riportato da Transparency e nuovamente dal Censis. Secondo Transparency il 10% degli italiani riconosce di aver pagato una qualche forma di tangente per accedere ad un servizio sanitario. Secondo il Censis il 30,3% ritiene molto o abbastanza probabile che un paziente ricoverato possa subire un grave errore medico; il 9% dei ricoverati ha osservato altri pazienti ricevere trattamenti di favore (il 16,6% nel sud e nelle isole); il 24,5% definisce molto o abbastanza frequenti i casi di malasanità nella propria zona (il 41,1% nel sud e nelle isole); il 38,6% considera quale principale ostacolo per il miglioramento dei servizi sanitari pubblici il malcostume di politici ed amministratori ed il 32,6% le pressioni e gli interessi

dei privati. Efficienza di strutture, servizi e personale è il primo atto da realizzare, secondo il 56,1%. Anche se non vanno dimenticati i tanti dati positivi che caratterizzano il lavoro degli operatori sanitari.

Non è tanto con le denunce e le condanne che è possibile combattere la corruzione diffusa. Piuttosto, occorre promuovere con decisione e urgenza una mutazione culturale ed un recupero sul piano dell'etica dei comportamenti, specie in campo sanitario. È, in sintesi, l'ambizioso e necessario programma che, per esempio, l'Istituto di Promozione per l'Etica in Sanità (recente la prima assise nazionale a Roma, ndr) ha scelto di perseguire attraverso l'utilizzo di vari strumenti molto concreti: dalla ricerca sui costi della non-etica nel SSN alla promozione di norme che premiano comportamenti etici, fino ad una vera e propria azione formatrice di coaching per operatori e manager. E ancora: verifica periodica delle competenze e del rapporto costi-benefici, controllo sui processi e risarcimento dei danni, monitoraggio continuo delle disfunzioni e delle loro cause.

* Vice direttore gen. Censis

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per saperne di più**L'Istituto****ESPERTI RIUNITI
CONTRO IL DEGRADO**

Si è ufficialmente presentato a Roma la scorsa settimana l'Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità, la prima organizzazione anti-corruption non profit in Sanità in Italia. I soci fondatori sono un gruppo di professionisti della Sanità (medici, farmacisti, giornalisti, ricercatori, esperti). Presidente è Francesco Macchia, docente di marketing farmaceutico alla Sapienza di Roma. Tra i fondatori Maria Teresa Brassiolo (Trasparency Italia), Gilberto Corbellini (storico della Medicina), il filosofo Sebastiano Maffettone (univ. Luiss), Walter Riccardi (univ. Cattolica di Roma), Taryn Vian (School of Public Health, Boston University), Carla Collicelli, che ne scrive qui a fianco

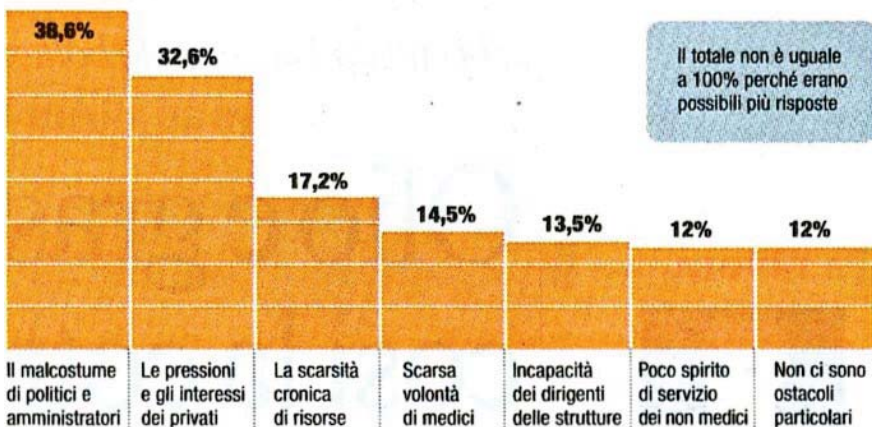
La commissione**ERRORI IN SANITÀ
PEGGIO NEL MERIDIONE**

Negli ultimi anni sono aumentati in maniera significativa i procedimenti penali per casi di presunta malasanità, anche se bassissimo è il numero di condanne: così la relazione finale della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, presieduta da Antonio Palagiano (Idv). I procedimenti per lesioni colpose a carico di personale sanitario sono 901 sulle quasi 60 mila per stesso reato in Italia. Sono invece 570 i casi di presunta malasanità – tra errori del personale e disfunzioni – arrivati all'esame della Commissione da aprile 2009 a dicembre 2012. In 400 casi si è registrata la morte del paziente. Gli episodi di malasanità non sempre però hanno a che fare con l'errore diretto dell'operatore: spesso questi episodi derivano da disservizi, carenze, strutture inadeguate, inefficienza. Gli eventi sono più frequenti nelle Regioni in disavanzo, sottoposte ai piani di rientro. Su 570 casi monitorati, 117 si sono verificati in Sicilia, 107 in Calabria, 63 nel Lazio, 37 in Campania, 36 in Emilia Romagna e Puglia. Solo 3 in Friuli, 2 in Molise e Sardegna, 1 in Trentino. «Considerando i milioni di trattamenti nel servizio sanitario, il sistema, nel complesso, riesce comunque a prendersi cura della salute delle persone», ha affermato Palagiano. «Inoltre, spesso si guarda solo a chi ha commesso l'errore, senza andare a verificare le condizioni in cui i professionisti si trovano costretti a lavorare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INDAGINE Censis, 2010

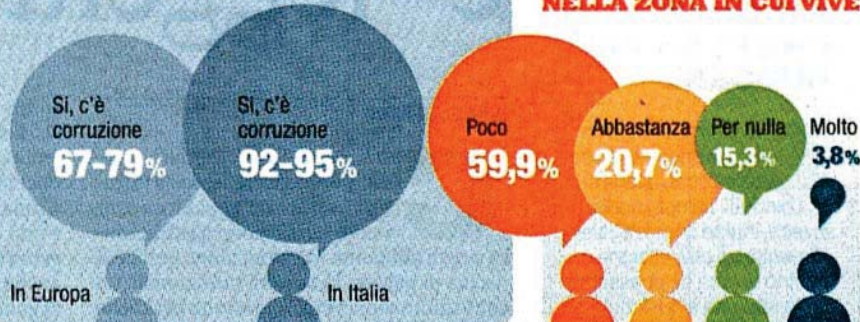
PRINCIPALI OSTACOLI PER MIGLIORARE LA SANITÀ PUBBLICA



EU E ITALIA

Eurobarometro 2012

Presenza di corruzione nelle istituzioni nazionali e locali

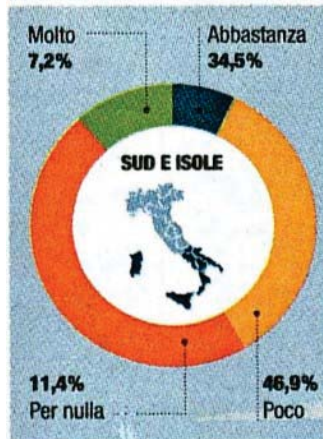
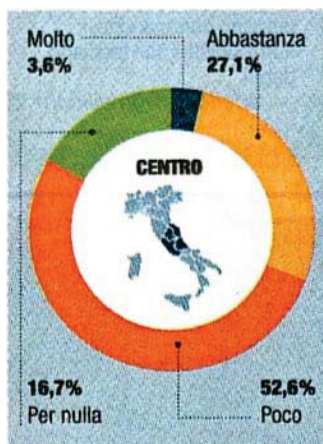
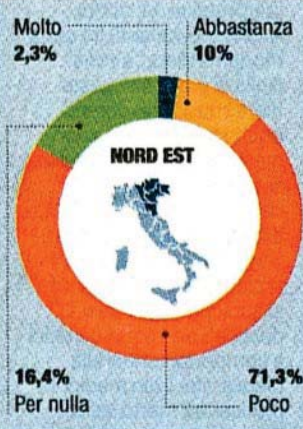
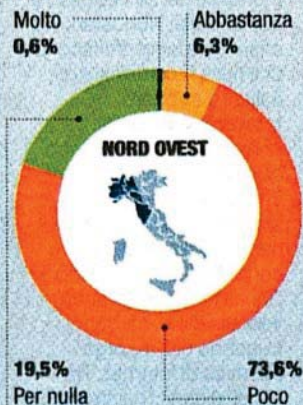


FREQUENZA DI CASI DI MALASANITÀ

NELLA ZONA IN CUI VIVE



DA NORD A SUD



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**LA COMPETENZA SPARITA
DALL'AGENDA MONTI**

L'Istituto Superiore di Sanità rischia d'essere presieduto da Fabrizio Oleari, funzionario dello Stato e persona per bene, ma non accreditato uomo di Scienza. La legge dice che il Presidente dell'ISS deve essere scelto «tra personalità appartenenti alla comunità scientifica, dotato di alta e riconosciuta personalità documentata attraverso la presentazione di curricula, in materia di ricerca e sperimentazione nei settori di attività dell'Istituto medesimo». Oleari non ha nulla a che vedere con ciò, mentre almeno tre dei finalisti in rosa potrebbero con onore tutelare l'immagine italiana nel mondo della scienza medica. Mario Monti tuona contro gli incompetenti, propugnando una rivoluzione civile basata sul merito ed è consapevole che sull'appropriatezza della spesa sanitaria si gioca il Paese. Come può scegliere il più modesto candidato in lista? Colpa della Commissione internazionale che ha operato la selezione? Siamo italiani, non fessi, ancora capaci di distinguere la propaganda elettorale dai fatti.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il 4 febbraio si celebra il World Cancer Day promosso dalla Union for International Cancer Control

Scacco ai falsi miti sul cancro

Paura e ignoranza fanno male - Più sforzi nei Paesi in via di sviluppo

12,7 milioni	40%	47%	50%	7,6 milioni	50%
i nuovi casi di cancro nel mondo che sono stati diagnosticati nel 2008, ultimo anno rilevato dall'Oms	la quota sul totale delle diagnosi di cancro al polmone, al seno, al colon retto e allo stomaco	la quota di nuovi casi che si registra nei Paesi poveri; si stima che nel 2030 salirà all'81%	la quota di nuovi casi registrati nei Paesi poveri che colpiscono persone con meno di 65 anni	i decessi complessivi per cancro nel mondo che sono stati registrati nel 2008	la quota dei decessi legata al cancro al polmone, allo stomaco, al fegato, al colon retto e al seno

Via i falsi miti sul cancro. Al bando i pregiudizi e le credenze che rallentano la battaglia contro la malattia. È un'operazione verità quella sfoderata dall'Uicc (l'Unione internazionale per il controllo del cancro) per l'edizione 2013 della Giornata mondiale contro la malattia.

«Cancro - lo conoscevi?», recita lo slogan. «Ci sono molti miti. Il 4 febbraio 2013 capisci i fatti». L'idea deriva dalla volontà di sostenere il quinto degli undici obiettivi che la Dichiarazione mondiale contro il cancro (World cancer declaration), sottoscritta finora da oltre 500mila persone, si propone di centrare entro il 2020: «Sfatare i miti dannosi e i pregiudizi sui tumori». La strada scelta è stata quella di individuarne quattro e di contrapporre a ciascuno le evidenze che lo smentiscono (si veda la pagina accanto).

Il gioco "vero-falso" aiuta non soltanto a smascherare i luoghi comuni che minano l'efficacia della lotta al cancro ma anche a indicare gli strumenti e le strategie migliori da mettere in campo. Raccomandazioni utili ai Governi e alle istituzioni, ma anche ai singoli individui.

In questo viaggio alla scoperta della verità si impara che il cancro non è soltanto una questione sanitaria (il primo mito), perché la malattia incide sullo sviluppo e ha dirette implicazioni sul rispetto dei diritti umani. Già oggi il 47% dei nuovi casi e il 55% dei decessi si verifica nei Paesi poveri. Si stima che nel 2030 il carico di malattia nel Sud del mondo sia destinato ad aumentare dell'81%.

Un peso che impedisce, con la povertà e la perdita di produttività che comporta, il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio, fissati per il 2015. Per questo l'Uicc chiede che gli interventi di prevenzione e di controllo del cancro siano inclusi nel nuovo set di target per l'agenda post-2015. E che sulla malattia si investa, perché fare è molto meno costoso che non fare.

Direttamente collegato il se-

condo mito, quello che bolla il cancro come patologia dei Paesi ricchi. Non è così e la situazione è destinata a peggiorare, anche perché nella parte meno sviluppata del pianeta infezioni e tumori si mescolano in un cocktail micidiale.

Ma i messaggi più forti sono il terzo e il quarto: il tumore non è una condanna a morte né un destino. Chi continua ad avallare questa visione negativa e fatalista della malattia ignora come screening e diagnosi precoce possano rivoluzionare la gestione del cancro. I risultati sono concreti e misurabili: il Regno Unito in vent'anni ha visto i decessi dimezzarsi. Oggi dodici milioni di americani e oltre due milioni di italiani convivono con la patologia. Merito dei progressi nelle cure, certo, ma anche della possibilità di stanare il tumore nelle fasi iniziali, che rende la prognosi più favorevole. Una chance - affermano gli esperti dell'Uicc - che deve essere garantita a ogni individuo, indipendentemente dal luogo in cui vive. Senza nascondersi dietro l'alibi della mancanza di risorse: servizi multidisciplinari basati sul lavoro in team e trattamenti costo-efficaci possono essere resi disponibili anche con budget ridottissimi.

Abbandonarsi al fatalismo non premia: stili di vita poco salutarie sono direttamente collegati all'insorgenza della malattia. Si calcola che il fumo ucciderà un miliardo di persone nel 21° secolo. Il World Cancer Research Fund International (Wcrfi) stima che il 27-38% dei principali tumori può essere prevenuto migliorando la dieta, combattendo l'obesità e facendo attività fisica.

«Vogliamo che le persone sappiano la verità», dice **Katryn Allen** del Wcrfi: «Un terzo dei più comuni casi di tumore si può prevenire». Non lasciamo che paura e ignoranza uccidano vite che potrebbero essere salvate.

pagine a cura di
Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una metanalisi sul Bmj mette in dubbio l'offerta in tarda età dei test per mammella e colon

Anziani, screening con cautela

Rischi maggiori dei benefici se l'aspettativa di vita è inferiore ai dieci anni

364 mila	56%	50 mila	175 mila	34.500	2,25 milioni
i nuovi casi di tumore che sono stati registrati in Italia nel 2012	la quota di uomini sul totale dei nuovi casi registrati in Italia nel 2012	i casi di tumore del colon retto sul totale: è il più frequente tra le nuove diagnosi	i decessi per tumore in Italia che sono stati stimati nel 2012	i decessi stimati in Italia nel 2012 per cancro al polmone, primo "big killer"	gli italiani che vivono con una diagnosi di tumore; oltre un milione da più di cinque anni

Per le persone con un'aspettativa di vita inferiore ai dieci anni, lo screening della mammella e del colon retto potrebbe presentare più rischi che benefici: è questa la conclusione di un'ampia metanalisi dei dati di sopravvivenza di Stati Uniti, Gran Bretagna e Danimarca, pubblicata di recente sul British medical journal.

I ricercatori diretti da **Sei J Lee**, dell'Università di San Francisco, in California, si sono basati sui dati pubblicati in letteratura sull'entità dei benefici associati agli screening e hanno cercato di associarli specificamente alla fascia di età, concentrando l'attenzione in particolare sul cosiddetto *time-lag to benefit*, ovvero il tempo che intercorre tra l'effettuazione dello screening e la comparsa dei benefici in termini di riduzione della mortalità.

I ricercatori hanno individuato i trial condotti su popolazioni di ultracinquantenni (selezionandone in tutto 5 sulla mammella e 4 sul colon retto) e li hanno riesaminati da cima a fondo per ottenere una valutazione attendibile dell'effettiva riduzione di mortalità in funzione del tempo trascorso dallo screening.

Per quanto riguarda il cancro del colon retto, la riduzione di

mortalità a 5 anni dallo screening è stata calcolata in 2,8 decessi evitati ogni 10.000 persone coinvolte. Valutato dieci anni più tardi, a 15 dallo screening, il dato cresce fino a raggiungere i 23 decessi evitati su 10.000 test.

Per fornire un'ulteriore misura i ricercatori hanno calcolato il *number needed to screen*, giungendo alla conclusione che in termini assoluti occorrono 5.000 screening e quasi 5 anni di attesa per prevenire un decesso per cancro del colon retto. Se gli screening sono solo 1.000, si riesce statisticamente a prevenire un decesso ogni 10,3 anni.

Quanto alla mammella, i decessi evitati con 10.000 screening nei primi 5 anni sono 5,1, e negli anni successivi salgono meno rispetto al colon retto: dopo 15 anni il dato arriva a 19 decessi evitati (sempre ogni 10.000 donne sottoposte a screening).

In termini assoluti di *number needed to screen*, il primo decesso evitato con 5.000 esami di screening si registra dopo solo 3 anni (che salgono a 10,7 anni se si fanno solo 1.000 esami).

A tutto ciò però corrisponde poi un certo numero di falsi posi-

tivi (circa uno ogni dieci persone sottoposte a screening) e di conseguenti stress, approfondimenti diagnostici e terapie non necessari.

Sulla base di questi risultati i ricercatori invitano a rivalutare e discutere con i diretti interessati l'opportunità di effettuare lo screening oncologico quando l'aspettativa di vita è inferiore ai 10 anni. Inoltre suggeriscono di adottare nelle linee guida anche il parametro del *time-lag*. «Questo incoraggerebbe a considerare in modo più esplicito i rischi e i benefici dello screening della mammella e del colon retto - spiegano Sei J Lee e colleghi - e porterebbe a un processo decisionale più personalizzato, necessario data l'eterogeneità della popolazione anziana».

I dati pubblicati nelle scorse settimane nel rapporto 2012 "Dieci anni di programmi di screening in Italia", realizzato con il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) e il ministero della Salute non permettono di entrare nel dettaglio delle fasce di età, se non per quel che riguarda la percentuale di adesione all'invito, che tende a essere più alta tra le donne con più di 45 anni. Il dato si riferisce al tumore della mammella perché non tutti i

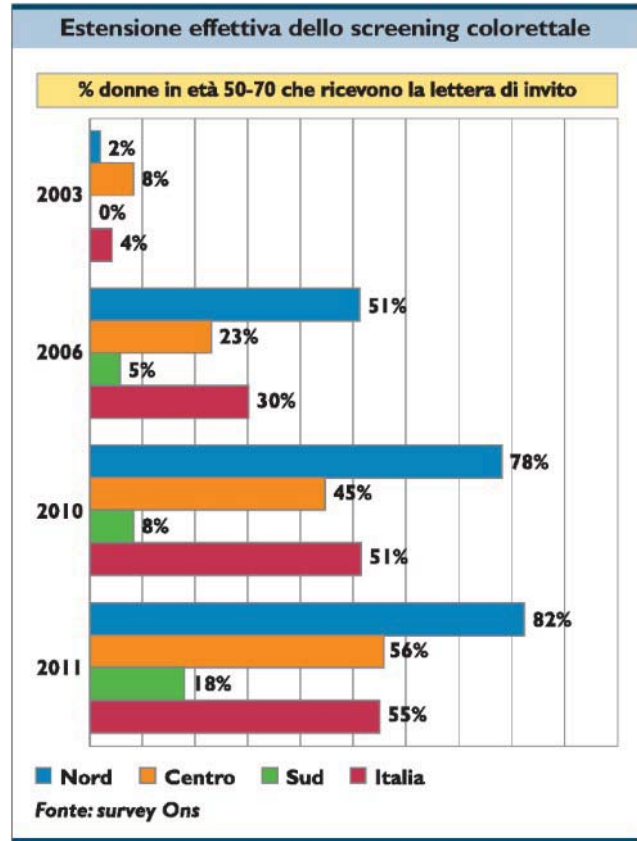
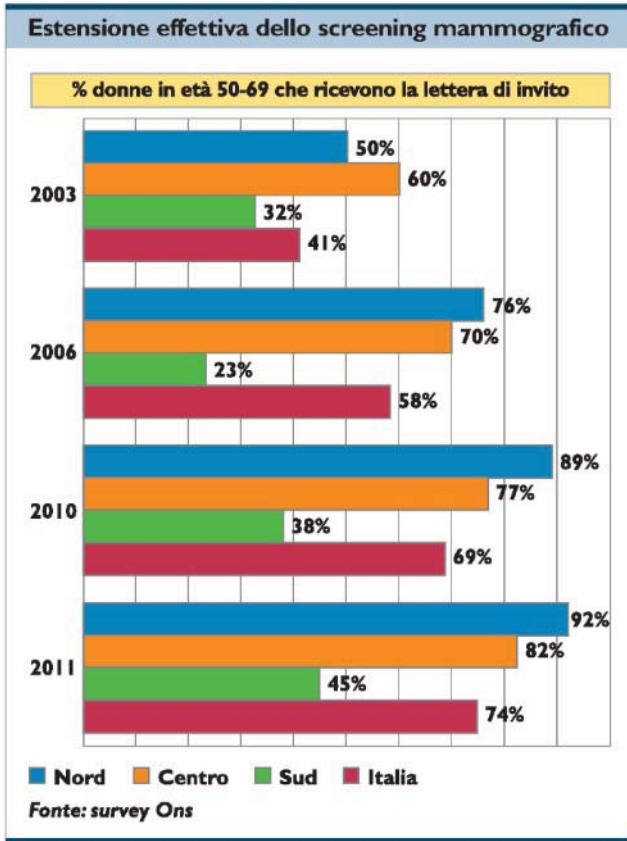
programmi sono stati in grado di fornire i dati suddivisi per fasce d'età.

Nel complesso, l'estensione effettiva dello screening mammografico è passata in Italia dal 41% del 2003 al 58% del 2006 fino al 69% del 2010 e al 74% del 2011. Per il colon retto i dati sono più modesti ma l'incremento è ugualmente incoraggiante: nel 2003 l'estensione effettiva era appena del 4% ed è arrivata al 55% nel 2011. Un aiuto in prospettiva arriverà dal progetto di archivio informatizzato unico. Si legge nel rapporto, disponibile sul sito dell'Osservatorio nazionale screening (www.osservatorionazionale screening.it): «Il progetto, finanziato dal ministero della Salute, sta per giungere alla fine della fase di sperimentazione che ha visto finora la partecipazione di Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, con il concorso di Basilicata e Calabria. Le Regioni sono state scelte dopo una ricognizione dei sistemi informativi regionali che ha consentito di individuare quelle dotate di sistemi in grado di interfacciarsi».

Fabio Turone

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Adesione all'invito per pap-test

	Fasce d'età				Totale
	<25-34	35-44	45-54	55->65	
2005-2007	35%	40%	42%	43%	40%
2008-2010	36%	41%	43%	44%	41%
2011	37%	41%	43%	43%	41%

Fonte: Osservatorio nazionale screening

Le novità dalla ricerca**La frammentazione dei centri di radioterapia fa salire i costi**

Il primo censimento esaustivo dei centri europei di radioterapia, appena pubblicato su *Lancet*, descrive un continente diviso tra un'area settentrionale in cui ci sono pochi centri in cui sono attivi numerosi macchinari per la teleterapia e un'area centro-meridionale molto più ampia - che comprende l'Italia - in cui la preferenza per tanti centri di piccole dimensioni «potrebbe incidere sul peso economico della radioterapia e sulla sua qualità».

Lo studio, diretto da Eduardo Rosenblatt dell'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica di Vienna, punta proprio a offrire un quadro aggiornato e attendibile dei parametri da considerare nella pianificazione necessaria a erogare questa forma di terapia che a scopo terapeutico o palliativo viene oggi somministrata a un malato di cancro su due. Il quadro descrive una situazione con grandi differenze da paese a paese e in generale con ampi margini di miglioramento: usando come parametro di riferimento la presenza di almeno quattro macchine per centro (nei paesi nordici, in Gran Bretagna e Olanda si tende ad avere grandi centri con 4-10 macchine) come soglia per definire un eccesso di frammentazione, ben 28 paesi su 33 ricadono in media sotto questa soglia (nei 172 centri italiani, la media è di 2,3 apparecchi). In sei di questi paesi si arriva all'iperframmentazione, con una media di meno di due macchine per centro (sorprendentemente a far compagnia a paesi come Romania, Bulgaria, Repubblica Ceca, Slovacchia e Grecia figura anche la Germania).

Sul tumore del seno i ricercatori non sono imparziali

Gli autori dei 164 trial clinici pubblicati in letteratura tra il 1995 e il 2011 sulla terapia del tumore del seno si sono spesso dimostrati non neutrali, e tendenti a esagerare entità e significato dei risultati ottenuti: lo rivela l'indagine pubblicata sugli *Annals of Oncology* da un gruppo di ricercatori diretti da Ian Tannock, dell'Università di Toronto, in Canada.

La presenza di bias e spin è stata valutata prendendo in esame le modalità con cui i ricercatori hanno presentato i risultati, usando toni che suggerivano efficacia nel 59% degli studi in cui l'end point primario non mostrava differenze significative. Anche le valutazioni di tossicità e sicurezza sono apparse a posteriori ingiustificate nel 67% dei casi. Paradossalmente, il bias non è apparso direttamente legato alla presenza di un finanziamento da parte di un'industria (segnalato in circa due terzi degli studi analizzati).

Lo studio si è basato su dati incompleti poiché solo dal 2002 in poi è stato attivato il registro dei trial, da cui è possibile risalire al disegno originale dello studio e quindi all'end point primario indicato prima dell'inizio. Peraltro un fenomeno analogo di assenza di imparzialità è già stato rilevato anche in altri ambiti della medicina, seppure non così smaccato.

Attenti alle app: smartphone troppo imprecisi sul calcolo del rischio di melanoma

Sono sempre più numerose le applicazioni per smartphone rivolte al cittadino e al medico, ma nella stragrande maggioranza dei casi mancano le dimostrazioni che facciano più bene che male: ora una ricerca pubblicata sulla rivista *Jama Dermatology* (come si chiamano dall'inizio del 2013 gli *Archives of Dermatology*) segnala la necessità di prendere con le molle le app che promettono di fornire rapidamente e a poco prezzo (o addirittura gratis) una valutazione attendibile del rischio che una lesione cutanea sia associata o meno a un melanoma. Tre delle quattro applicazioni esaminate sbagliano infatti almeno il 30% delle volte.

Il gruppo diretto da Joel A. Wolf della Università di Pittsburgh, in Pennsylvania, ha misurato la sensibilità e la specificità, nonché il valore predittivo positivo e negativo delle quattro più diffuse "app" per telefono usando 188 immagini di lesioni, che in 60 casi riguardavano un melanoma e nei restanti 128 casi erano benigne. Il risultato fornito è stato classificato dai ricercatori come positivo, negativo o non valutabile. La sensibilità oscilla tra il 6,8 e il 98,1%; la specificità tra il 30,4 e il 93,7%; il valore predittivo positivo tra il 33,3% e il 42,1% e infine il valore predittivo negativo tra il 65,4% e il 97%. Il valore di sensibilità più alto è stato ottenuto da un'applicazione che spedisce l'immagine scattata dallo smartphone a un dermatologo certificato, mentre il più basso con le applicazioni che per l'analisi delle immagini usano algoritmi automatizzati. «A dispetto degli avvisi, molti utilizzatori potrebbero pensare di fare a meno del parere del medico» concludono preoccupati i ricercatori. «Poiché una percentuale sostanziale dei melanomi è rilevata inizialmente dai pazienti, l'effetto potenziale di queste applicazioni è particolarmente rilevante».

I social network nuocciono alla compliance?

Uno studio appena apparso su *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* riporta un'analisi quantitativa e qualitativa condotta su oltre 250.000 messaggi scambiati tra il 2002 e il 2010 su 12 forum e social network dedicati al tumore al seno. I ricercatori dell'Università della Pennsylvania, diretti da Jun Mao dell'Abramson Cancer Center, hanno analizzato i messaggi che accennavano a effetti collaterali dei farmaci, in particolare sugli inibitori dell'aromatasi.

Quasi una donna su cinque partecipanti al dibattito online cita almeno un effetto collaterale associato agli inibitori dell'aromatasi, e un quarto di queste dichiara di soffrire di artralgia, con forti dolori muscolo-scheletrici e alle giunture, sudorazione notturna, aumento di peso e osteoporosi. Inoltre, percentuali significative dichiarano di aver interrotto la cura senza seguirne una sostitutiva, o di essere passate a un diverso inibitore dell'aromatasi.

L'analisi qualitativa di mille messaggi scelti a caso ha rivelato inoltre che il 18% erano richieste di consigli su come curare i dolori articolari, mentre il 27,8% erano prodighi di consigli. Molte donne suggerivano tra le altre cose di rivolgersi al curante per chiedere consigli sul farmaco, ma solo l'8% delle donne che elargivano consigli raccomandava di non abbandonare la terapia.

La conclusione dei ricercatori è che accanto ai vantaggi legati alla possibilità di condividere esperienze e soluzioni i social network presentano anche il rischio di scoraggiare l'aderenza.

a cura di Fabio Turone