

Alcol e ragazzi Nuovi dati su consumi molto precoci

Il primo bicchiere spesso è offerto da mamma e papà

È in famiglia il primo approccio con l'alcol per la maggioranza dei bambini e degli adolescenti italiani. Il dato emerge da un'anteprima dei risultati dell'indagine "Adolescenti e Alcol" (la ricerca completa sarà presentata il prossimo autunno) realizzata dall'Osservatorio Permanente Giovani e Alcol e dalla Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza su un campione nazionale rappresentativo di 2 mila studenti di terza media. A dichiarare di aver bevuto il primo sorso con mamma e papà è il 59% degli intervistati; un altro 14% lo ha fatto con altri parenti (fratelli, zii, ma soprattutto nonni). Poco più del 18%, invece, ha avuto la prima esperienza "alcolica" con amici coetanei (11,4%) o più grandi (6,9%). E solo l'8,3% dei maschi e il 10,5% delle femmine ha dichiarato di non aver mai assaggiato una sostanza alcolica.

Teatro della "primo bicchiere" è stato per il 19% un'occasione speciale (un matrimonio, un compleanno...) e per il 10% una festa. La maggioranza, però, ha bevuto alcol per la prima volta a casa, durante i pasti (il 37,9%).

Nessuna meraviglia, quindi, se solo per l'8,7% del campione il primo bicchiere di una sostanza alcolica sia stato vissuto come "una cosa proibita", mentre il 46,5% dichiara di non aver provato alcuna sensazione particolare.

Sostanzialmente bilanciate

le reazioni: se il 25% dichiara di aver apprezzato il sapore, per il 24% l'effetto è risultato sgradevole.

Ma a che età c'è stato il primo contatto con l'alcol? Il 29,5% dichiara di averlo avuto tra i 6 e i 10 anni e l'8,2% a meno di 6 anni. Qui si registra una differenza territoriale, con una maggiore precocità degli adolescenti del Nord-Est: è l'11,6% ad aver bevuto per la prima volta una sostanza alcolica prima dei 6 anni; il 35% tra i 6 e i 10 anni.

«Che in Italia il primo contatto con le bevande alcoliche resti per la grande maggioranza dei ragazzi mediato da occasioni familiari e dalla compresenza delle figure genitoriali — spiega Enrico Tempesta, Presidente del laboratorio scientifico dell'Osservatorio Giovani e Alcol — è un tratto noto e caratterizzante della nostra cultura; gesto in ultima analisi radicato in un costume sociale di bere controllato e, nella maggior parte dei casi, responsabile. Oggi però, in un contesto socioculturale profondamente cambiato, in cui sono venute meno molte delle strategie tradizionali di contenimento e molti fattori di moderazione, l'inizio precoce presenta nuove valenze e nuovi rischi».

Michele Contel, vicepresidente dell'Osservatorio aggiunge: «Senza sottovalutare i rischi e con la consapevolezza che è necessario un intervento protettivo nei confronti degli adolescenti, specie da parte della famiglia, ci confor-

ta osservare che il contesto italiano, per quanto concerne il consumo di alcol, è tuttora significativamente diverso da quello che caratterizza molti Paesi europei (specie del Nord) in cui il consumo precoce di alcol è strettamente associato a comportamenti antisociali e talvolta autodistruttivi».

Secondo quanto emerge dall'indagine, gli *ready to drink*, ovvero le bevande a basso contenuto alcolico, sono gli alcolici più in voga tra gli adolescenti: li sceglie il 59,2% dei baby consumatori (per il 17,2% in modo autodefinito "abituale", per il 41,9% "occasionale"). Un dato che preoccupa molto Silvano Bertelloni, Presidente della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, che osserva: «Queste bevande sono un vero "cavallo di Troia" verso il consumo precoce di sostanze alcoliche più pesanti (superalcolici innanzi tutto), perché cominciano ad abituare gli adolescenti all'alcol e a creare dipendenza, senza essere percepite come potenzialmente pericolose e quindi con ancor meno remore ad abusarne».

Maurizio Tucci

L'esordio

Quasi un terzo dei giovanissimi ha provato un alcolico tra i 6 e i 10 anni

Anni difficili

16

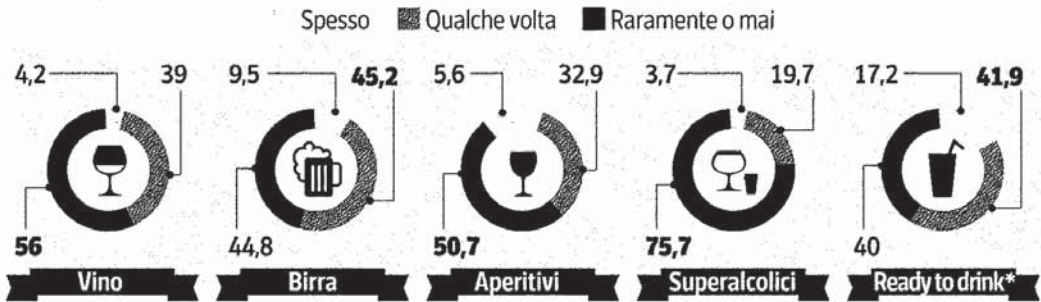
È questa l'età in cui si impenna il binge drinking

L'impennata delle forme più consuete di abuso di alcol, compreso il binge drinking (l'assunzione di 5 o più bevande alcoliche in un intervallo di tempo più o meno breve), si ha dopo i 16 anni. Lo indica l'indagine "Gli Italiani e l'Alcol", realizzata lo scorso anno da Doxa per l'Osservatorio permanente sui Giovani e l'Alcol



Che cosa bevono di più

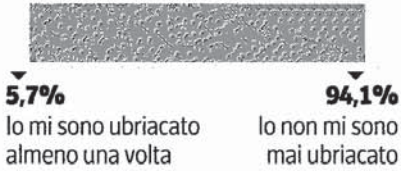
Ecco come i ragazzi hanno risposto (in percentuale) alla domanda:
In questo periodo con che frequenza bevi le seguenti bevande alcoliche?



*bevande a basso contenuto alcolico

Quanto è forte l'influenza degli amici

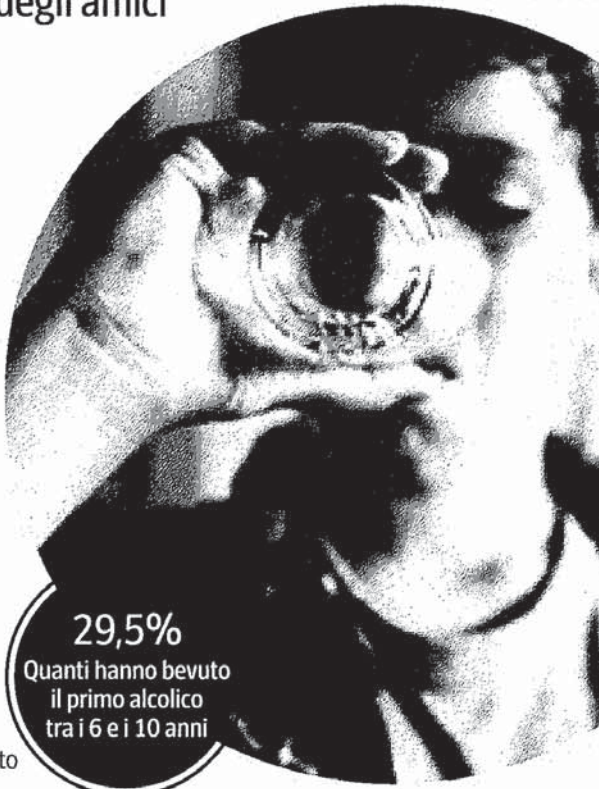
1 Nel gruppo dei miei amici nessuno si è mai ubriacato



2 Nel gruppo dei miei amici alcuni si ubriacano/si sono ubriacati



3 Nel gruppo dei miei amici tutti (o quasi) si ubriacano/si sono ubriacati



29,5%
 Quanti hanno bevuto il primo alcolico tra i 6 e i 10 anni

Fonte: Anteprema indagine "Adolescenti e Alcol" - Oss. Permanente Giovani e Alcol e Società It. Medicina dell'Adolescenza

D'ARCO



Sanità, slittano i tagli di Bondi

Il primo decreto sulla spending review rinviato di una settimana
Calmiere per gli acquisti dello Stato. Il Pdl: tetto alle pensioni d'oro

ROMA — Slitta rispetto ai tempi previsti il primo intervento di attuazione della *spending review*. Il primo decreto, che riguarderà i tagli sull'acquisto dei beni e dei servizi da parte della pubblica amministrazione, messo a punto secondo le indicazioni del Commissario, Enrico Bondi, sarà all'esame di un Consiglio dei ministri che il presidente Mario Monti dovrebbe convocare all'inizio della prima settimana di luglio. A causare il rinvio sono state soprattutto ragioni di agenda, visto che la prossima settimana il presidente del Consiglio sarà quasi interamente assorbito prima dalla preparazione, poi dal vertice Ue di Bruxelles.

Sarà dunque il pacchetto Bondi, che si annuncia molto ricco di interventi, alcuni anche drastici, a battezzare l'esordio della *spending review*. Il piano del Commissario riguarderebbe anche gli acquisti delle Aziende Sanitarie Locali, rispetto ai quali sarebbe sostanzialmente anticipata l'introduzione dei costi standard (il termine di riferimento per i rimborsi da parte dello Stato). Per gli altri comparti della pubblica amministrazione si punta invece sul rafforzamento del ruolo della Consip, con obblighi più stringenti per le varie amministrazioni di passare attraverso la centrale di acquisto, o in alternativa di riferirsi a precisi «benchmark» di prezzo e di qualità del servizio.

L'obiettivo è sempre quello di ridurre la spesa pubblica, e a questo dovrebbero «uniformarsi» anche Camera, Senato, Quirinale e Corte Costituzionale. Alla Commissione Bilancio della Camera, che sta esaminando il decreto che conferisce a Bondi i poteri di Commissario per la *spending review*, con il parere favorevo-

le del governo, la maggioranza ha approvato un emendamento secondo il quale anche gli organi costituzionali, che definiscono autonomamente i propri bilanci, «valutano le iniziative volte a conseguire gli obiettivi di cui al presente decreto».

Un altro emendamento al decreto presentato da Guido Crosetto, Pdl, punta ad inserire un tetto per le «pensioni d'oro». Il governo ha dato parere contrario, ma Crosetto è convinto che domani pomeriggio, quando in Commissione cominceranno i voti sugli emendamenti, la sua proposta passerà. Prevede un limite di 6 mila euro per le pensioni erogate in base al sistema con-

qui a fine dicembre, che equivalgono a 10 miliardi se proiettati in ragione d'anno. Non basterebbero per evitare tutto il previsto aumento dell'Iva (che per il 2013 vale 13,2 miliardi di euro), ma entro la fine dell'anno sono attesi altri provvedimenti legati alla *spending review* con ulteriori risparmi da inserire nella Legge di Stabilità per l'anno prossimo.

Mario Sensini

Settore pubblico

Attese anche le misure sul Pubblico impiego che preoccupano i sindacati

tributivo, che sale a 10 mila euro se questa pensione è cumulata con altri trattamenti sempre in base al sistema retributivo erogati da gestioni previdenziali pubbliche.

Dopo il pacchetto Bondi, a ruota, arriveranno le misure sul Pubblico impiego alle quali sta lavorando il ministro della Funzione Pubblica, Filippo Patroni Griffi, che prima dovrebbero essere oggetto di un confronto con i sindacati di settore, preoccupati per l'annunciata riduzione delle piante organiche attraverso il meccanismo della «disponibilità». Insieme al piano per i dipendenti pubblici dovrebbero arrivare in Consiglio dei ministri anche i tagli al proprio bilancio di competenza demandati ai singoli ministri. Nell'insieme il governo punta a recuperare con la *spending review* almeno 5 miliardi da



Regole più severe per le visite a pagamento

Solo bancomat o assegni per le parcelle dei medici che lavorano in strutture private

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

Le liste d'attesa chilometriche mettono il turbo al business dell'attività libero-professionale dei medici mentre il Governo si appresta a varare un "decretone" sanità che proroga fino al 30 novembre prossimo la possibilità di visitare a pagamento anche fuori degli ospedali.

Un dietrofront rispetto a quanto deciso pochi mesi fa dal Parlamento, che aveva decretato lo stop alla cosiddetta intramoenia nelle cliniche e negli studi privati a partire dal 30 giugno.

Il provvedimento che riaccende il semaforo verde alle visite dei medici ospedalieri nel privato dovrebbe essere varato martedì o mercoledì prossimi parallelamente al Decreto sulla Spending review. E sarà un decreto omnibus, con la proroga dei contratti per i precari di asl e ospedali e norme per mettere un freno al boom delle cause sanitarie, limitandole solo ai casi di colpa grave o dolo. Ma la polpa è sull'attività libero professionale dei camici bianchi.

I dati del **Ministero della salute** dicono che la cosiddetta "intramoenia" frutta oltre un miliardo e cento milioni l'anno e che ai medici ospedalieri rende come un altro stipendio: in media 75 mila euro l'anno. Dalle prime informazioni che si stanno raccogliendo al dicastero di **Renato Balduzzi** risulta che ad "arrotondare" con le

visite a pagamento siano meno della metà dei medici. Ma quelli che ne fanno un vero business sono una minoranza molto più esigua, quasi tutti appartenenti all'élite dei Primari, che sono poi i responsabili dell'andamento dei reparti. Quindi in buona misura anche delle liste d'attesa. Proprio quelle che secondo recentissimi dati del Censis spingono un italiano su dieci a rivolgersi privatamente a un medico pubblico. Per l'esattezza il 56,4% di chi si fa visitare in "intramoenia". Ed è una scorcioia sempre più cara. "Dai primi dati raccolti - spiega Francesco Maietta, responsabile politiche sociali del Censis - rileviamo una maggioranza delle tariffe, che l'intramoenia avrebbe invece dovuto calmierare". Del resto se ne sono accorti per primi gli assistiti che in quasi la metà dei casi hanno dichiarato di pagare una parcella troppo alta.

Nel frattempo il "decretone" sanità proroga fino al 30 novembre prossimo la possibilità per i medici pubblici di visitare anche in clinica e studi privati. Poi cambieranno le regole. Dopo il 30 novembre le Regioni, fatta una ricognizione sugli spazi disponibili nelle strutture pubbliche, decideranno se acquistare o affittare "spazi ambulatoriali esterni". Ma dove questi spazi non saranno trovati, cosa non improbabile viste le ristrettezze di bilancio, le Regioni potranno continuare ad autorizzare l'attività anche negli studi privati,

compresi quelli dove lavorano medici che svolgono attività libero professionale per proprio conto, senza alcun raccordo con asl e ospedali come è invece previsto per "l'intramoenia". «Una novità che equivale a un liberi tutti», commenta il responsabile della Cgil medici Massimo Cozza, per il quale «ci saranno meno garanzie di trasparenza e di qualità dell'assistenza, visto che nelle strutture private sono più difficili i controlli sia rispetto alla appropriatezza clinica e diagnostica che agli adempimenti fiscali». E almeno su quest'ultimo aspetto i dati dell'Agenzia delle entrate sembra dargli ragione, visto che in media il 40% dei medici pubblici che lavorano privatamente non emettono fattura ed intascano anche la parte (minima) della tariffa che dovrebbe andare alla Asl. Il tutto mentre percepiscono una tutt'altro che trascurabile indennità di esclusiva.

Per porre freno al fenomeno il decreto Balduzzi alza però delle barriere, vietando il cash e prevedendo solo pagamenti in moneta elettronica o assegni, da intestare alla asl anziché al medico. Inoltre gli studi privati dovranno lavorare "in rete" con l'azienda pubblica e dovranno essere fissate delle tariffe minime e massime per ciascuna prestazione. Novità meno gradita agli assistiti: un obolo del 2% sulla parcella, che dovrà essere destinato alla riduzione delle liste d'attesa.

NOVITÀ SGRADITA
Obolo extra del 2% destinato a ridurre le liste di attesa

le cifre

1,1
miliardi
l'anno

Secondo il ministero
è la cifra che rende
complessivamente ai medici
italiani l'attività intramoenia,
quella esercitata
nelle cliniche private

75
mila
euro l'anno

Il provento medio per ogni
medico che esercita
l'intramoenia, in pratica uno
stipendio che si aggiunge a
quello pagato
dallo Stato



«Indagini» in corso

Sulle tracce di meccanismi cellulari che pare abbiano un ruolo in molte patologie

Francesco Cecconi, che dirige un laboratorio del Dti presso l'Irccs Fondazione Santa Lucia di Roma, è un'autorità nel campo dell'*autofagia*, fenomeno che permette alla cellula di smaltire i rifiuti più ingombranti, riutilizzandone le componenti. L'autofagia sta emergendo come meccanismo che accomuna diverse malattie, in particolare neurodegenerative, soprattutto Parkinson e Alzheimer. «Non sappiamo ancora con certezza se è proprio o soltanto un difetto dell'autofagia a provocarle, — precisa Cecconi, che ha descritto per primo su *Nature* uno dei geni implicati in questo processo — ma in tutte queste condizioni si osserva un accumulo di sostanze non smaltite. E gli animali da laboratorio in cui blocchiamo l'autofagia sviluppano malattie di questo tipo». Meccanismi analoghi sembra possano modulare anche i fenomeni infiammatori e quindi intervenire nella genesi di altre patologie, per esempio la sclerosi multipla. Tra i rifiuti speciali che si accumulano nei neuroni nelle rare forme familiari del morbo di Parkinson ce ne sono alcuni particolarmente pericolosi: sono i mitocondri danneggiati, centrali energetiche in dismissione che possono compromettere la salute di tutta la cellula. E qui entra in gioco Luca Scorrano, esperto mondiale di questi organelli: «Abbiamo scoperto e pubblicato su *Nature Cell Biology* che, quando l'autofagia è fisiologica, come in risposta al digiuno, i mitocondri, che in questo caso non sono alterati, riescono a sfuggire al processo di degradazione cambiando forma e allungandosi, e producono ancora più energia». Come favorire dunque questa «pulizia» delle cellule? La restrizione calorica e l'attività fisica sono senz'altro salutari, ma si stanno studiando anche **farmaci**, come la rapamicina usata contro il rigetto dei trapianti, capaci di favorire lo smaltimento dei rifiuti. Se si riuscisse a modificarla in modo da eliminarne gli effetti collaterali, si potrebbe pensare a una prevenzione in pillole efficace, almeno per le persone ad alto rischio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Prevenzione Ancora molti non sono consapevoli che si può ridurre il pericolo di ammalarsi

Impariamo a difenderci

No a fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà

La questione delle responsabilità personali viene sollevata sempre più spesso

Se il numero di malati di cancro cresce e i costi legati alle cure minacciano di esplodere, c'è una strategia semplice cui andrebbero rivolte maggiori attenzioni da parte di tutti (cittadini, medici, istituzioni): fare ogni cosa possibile per non ammalarsi. Come hanno ormai dimostrato diversi studi, intervenendo sui principali fattori di rischio, quali alcol, fumo, "cattiva" alimentazione e sedentarietà, si può ridurre anche del 50% il pericolo di sviluppare un cancro. Di recente Wendy Yared, direttrice dell'Associazione delle leghe europee contro il cancro, ha ricordato: «Il cancro si può prevenire, ognuno può e deve fare la sua parte e un buon punto d'inizio è seguire le semplici regole del Codice europeo contro il cancro (si veda il box qui accanto)».

Quella delle "responsabilità personali" è una faccenda spinosa che negli ultimi anni è stata sollevata in svariate occasioni. Il dibattito ferve soprattutto in Gran Bretagna, dove più volte il National Health Service (corrispettivo del nostro ministero della Salute) ha espresso posizioni provocatorie.

La questione si può sintetizzare in una domanda: perché, vista la carenza di risorse economiche che coinvolge anche la sanità, la collettività deve sostenere le spese per curare malattie legate a scelte individuali scorrette, come quelle di fumatori e obesi?

In Italia, finora, l'ipotesi di "penalizzare" chi ha comportamenti a rischio non trova certo larghi consensi, ma qualche segnale va colto: per esempio, il fatto che, con la motivazione di "chi

fuma sa che cosa rischia", nell'aprile 2011 il Tribunale di Roma ha bocciato, dichiarandola inammissibile, la prima *class action* nel nostro Paese per danni da fumo.

A New York, intanto, il sindaco Michael Bloomberg, nel tentativo di ridurre il girovita dei suoi concittadini, cerca di forzare la loro educazione sostenendo l'opportunità di vietare la vendita di bevande nei formati "giganti" (quelli superiori al mezzo litro). Un terzo dei newyorkesi è obeso, e lo è il 17 per cento dei bambini: con l'impennata dei tassi di diabete e malattie cardiovascolari alla mano, Bloomberg ha lanciato un severo monito: «L'obesità è la peggiore epidemia della nazione, bisogna fare qualcosa». La reazione è stata più vivace che mai: chi ha gridato all'intrusione nella vita privata e nella libertà di scelta e chi, per contro, ha sottolineato che, se gli obesi pagano le proprie scelte con i danni alla salute, anche la collettività paga con i premi delle assicurazioni sanitarie che crescono.

In questo contesto appare "illuminante" uno fra i molti studi presentati al recente congresso della Società americana di oncologia clinica: ha indagato, in particolare, quanto sanno gli irlandesi dei fattori di rischio legati al cancro. I risultati, "istruttivi" per tutti, indicano che c'è molto da fare. Se i fattori "classici" (come fumo e dieta) sono ormai ampiamente noti, in pochi conoscono i pericoli legati all'obesità e all'errata esposizione solare, mentre gran parte degli intervistati sopravvaluta il ruolo attribuibile a genetica, ambiente e stress. Per non parlare dei tanti "fatalisti" (un quinto degli intervistati) convinti di non poter fare nulla per limitare le probabilità di ammalarsi. «Nonostante molto sia stato messo in atto per informare sui comportamenti a rischio, — commenta Roberto Labianca, direttore dell'Oncologia agli Ospedali Riuniti di Bergamo e presidente del Cipro (Collegio Italiano dei primari medici oncologi ospedalieri) — restano ampi spazi di miglioramento per educare i cittadini sia alla prevenzione che alla diagnosi precoce, aumentando ad esempio l'adesione agli screening, ed evitando invece, per ridurre i costi, la prescrizione di esami dettati solo da un eccesso precauzionale».

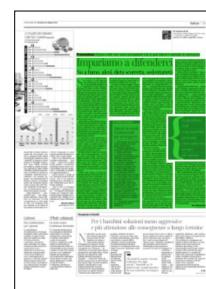
Urge, poi, intervenire sul fronte dei lungo-sopravvissuti al cancro, già numerosi e in aumento (solo in Italia più di due milioni e mez-

zo), che hanno necessità peculiari e per i quali vanno definiti percorsi di controlli e riabilitazione precisi, per evitare i molti sprechi attuali. Diversi studi hanno già evidenziato un primo problema: anche se si sono lasciati un tumore alle spalle, molti perseverano nelle "cattive abitudini": bevono, fumano, fanno poca attività fisica e sono in sovrappeso, incuranti del fatto che sport e corretta nutrizione aiutino a diminuire il pericolo di recidive.

C'è poi la questione, costosissima, dei "controlli all'infinito". Infatti, dopo una prima fase di *follow up* esclusivamente specialistico, oggi sarebbe prevista una completa (e meno costosa) delega del paziente al medico di famiglia. Tuttavia, come ha evidenziato la prima indagine sull'organizzazione del *follow up* realizzata dalla Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo) e dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), la durata della fase "specialistica" varia, a seconda del centro di riferimento del malato, dai due ai dieci anni e non è trascurabile la percentuale di oncologi che addirittura dichiarano di mantenere in cura i pazienti per tutta la vita. In pratica, in assenza di studi che diano indicazioni precise sull'argomento, ciascuno fa un a modo suo, seguendo per lo più la linea del *melius abundare quam deficere*.

Sia ben chiaro, come dice Stefano Cascinu, presidente Aiom: «Il *follow up* è cosa utilissima, ha un impatto fondamentale sulla qualità di vita e sulla riduzione della mortalità dei pazienti, che, se tenuti sotto controllo in modo appropriato, possono veder diagnosticare in anticipo le eventuali ricadute, per trattarle con successo. Il nostro impegno è ora definire tempi e strumenti diagnostici per evitare gli eccessi».

La necessità di coordinare il "dopo le



cure" è avvertita anche dagli ex-pazienti, che nei giorni scorsi durante un convegno in Sicilia, hanno stilato un documento, la Carta di Siracusa, che verrà proposto alle autorità sanitarie italiane ed europee.

«Il primo punto della Carta — spiega Paolo Tralongo, organizzatore del congresso e direttore dell'oncologia di Siracusa, dove è attiva una Clinica per i lungo-sopravviventi — indica l'esigenza di individuare un "coordinatore" che conosca e affronti tutte le problematiche relative al paziente: pianificare cure e controlli periodici, identificare eventuali disagi psico-sociali. Questa figura di riferimento, per ex malati e familiari, deve poter agire su un modello di assistenza convalidato, uguale per tutti, che coinvolga gli specialisti necessari (non solo oncologi, ma anche psicologi, nutrizionisti, cardiologi, sessuologi, assistenti sociali, specialisti della riabilitazione, per citarne alcuni), senza dimenticare il medico di famiglia».

Altro fondamentale punto della Carta: il reinserimento dei guariti nella vita sociale e lavorativa. «Bisogna informare il paziente su quelli che sono i suoi diritti (esenzione ticket, indennità di accompagnamento, invalidità civile, pensione di inabilità), promuovendo un'assistenza anche psico-sociale — conclude Francesco De Lorenzo, presidente Favo —. Le stime parlano di più di 36 miliardi di euro spesi ogni anno dalle famiglie italiane che devono accudire i malati di tumore. Per il benessere psicologico delle persone, per i bilanci familiari e per i conti dello Stato il reinserimento sociale e lavorativo è un passo indispensabile».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Codice europeo

Queste le regole fondamentali per proteggersi

- 1 - Non fumare, tenere il peso sotto controllo e fare ogni giorno attività fisica.
- 2 - Mangiare ogni giorno 5 porzioni di frutta e verdura.
- 3 - Ridurre gli alcolici.
- 4 - Evitare l'eccessiva esposizione al sole (specie per i bambini e gli adolescenti).
- 5 - Aderire alle misure per prevenire l'esposizione lavorativa o ambientale ad agenti cancerogeni noti.
- 6 - Donne dopo i 50 anni: screening mammografico.
- 7 - Uomini dopo i 50 anni: controllo alla prostata annuale
- 8 - Donne dopo i 25 anni: test per cancro alla cervice uterina.
- 9 - Tutti dopo i 40 anni: controllo della cavità orale, esplorazione rettale, ricerca sangue occulto nelle feci.
- 10 - In caso di insolite perdite di sangue, cambiamento (forma o colore) di un neo, della comparsa di un nodulo o sintomi persistenti, rivolgersi al medico.
- 11 - Partecipare ai programmi di vaccinazione contro l'epatite B.

I tumori ci costano troppo?

I progressi in oncologia negli ultimi anni sono stati notevolissimi. Ma l'accesso alle nuove cure richiede un forte impegno economico. Le soluzioni? Appropriata nella prescrizione e più prevenzione

Servizi di
Adriana Bazzi
e Vera Martinella
alle pagine 58-59

Economia I farmaci innovativi sono efficaci, ma hanno costi elevati

Per curare bene i tumori bisogna risparmiare

Uso appropriato delle terapie per garantire le migliori

L'Italia consuma meno antitumorali della Francia e della Spagna. Poi, da noi le nuove molecole arrivano con ritardo rispetto ad altri Paesi europei. E non tutte le Regioni le assicurano ai malati

Il congresso

Il tema al centro del dibattito della Società Americana di Oncologia

DAL NOSTRO INVIATO A CHICAGO

La bancarotta personale è uno degli effetti collaterali del cancro, almeno per chi vive negli Usa. E i più esposti sono i malati di tumore al polmone, seguiti

da quelli con neoplasia della tiroide. Secondo Scott Ramsey, che ha condotto uno studio nello Stato di Washington, il rischio aumenta di 4 volte nei 5 anni dopo la diagnosi, anche se il paziente ha un'assicurazione sanitaria.

Da noi non succede perché il nostro sistema sanitario nazionale garantisce le cure ai cittadini, ma certamente i costi delle terapie anti-cancro sono in continua crescita e pesano su tutta la società.

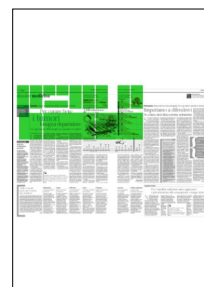
Il problema della sostenibilità e dell'appropriatezza delle cure è globale, e non a caso quest'anno al l'Asco, il congresso della Società Americana di **Oncolo-**

gia, che si è appena tenuto a Chicago, il 30 per cento delle ricerche presentate verteva su questo problema.

Gli americani, il cui sistema sanitario è sostanzialmente in mano ai privati, sono stati i primi a preoccuparsi di fare i conti, ma anche nei Paesi europei (dove prevale l'assistenza pubblica e dove esiste, tra l'altro, una grande disparità nell'impiego dei farmaci antitumorali fra Paese e Paese) ci si sta chiedendo se la società potrà affrontare, da qui in avanti, il costo delle terapie oncologiche più innovative.

«Attualmente, nel nostro Paese, i farmaci oncologici

rappresentano il 25 per cento della spesa ospedaliera per i medicinali, — dice Sergio Pecorelli, presidente dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco — che è pari a circa 1,53 miliardi di euro, ma sul totale della spesa ospedaliera, quella per i farmaci oncologici-



ci rappresenta soltanto il 4 per cento. Meno di quello che spesso si immagina. Negli ultimi 4 anni, poi, la cifra si è pressoché stabilizzata, passando da 1,39 miliardi del 2008, ai 1,55 miliardi del 2010 e ai 1,53 miliardi nel 2011. L'aumento non è legato a un incremento dell'impiego di questi medicinali, che è rimasto stabile».

Per contenere i costi delle terapie oncologiche si sta puntando sull'appropriatezza dell'uso, cioè la somministrazione del farmaco giusto al paziente giusto, attraverso un monitoraggio diretto da parte dei medici prescrittori e su accordi con le aziende farmaceutiche che prevedono particolari modalità di rimborso della spesa (per esempio, se il farmaco non funziona non viene pagato all'azienda).

I malati italiani, dunque, non correrebbero seri rischi per quanto riguarda l'accessibilità alle cure oncologiche e i costi sono al momento sotto controllo.

Ma qualche problema rimane. Guardando a quanto accade in Europa, si rileva che l'Italia consuma meno antitumorali della Francia e della Spagna, secondo quanto ha riportato Bent Jonsson della Stockholm School of Economic svedese, a Bruxelles, in occasione di un incontro sui costi dei farmaci innovativi. Questa discrepanza potrebbe essere spiegata o da differenze nell'appropriatezza d'uso dei farmaci nei diversi Paesi o da una diversa disponibilità di risorse economiche.

Altro problema: l'Italia è una delle nazioni cronicamente in ritardo nella com-

mercializzazione delle molecole più innovative.

«I farmaci, prima di entrare in commercio in Europa — spiega Pier Franco Conte, direttore dell'Oncologia all'Università di Modena-Reggio Emilia — devono essere approvati dall'EmA, l'Agenzia Europea del Farmaco. Poi spetta a ogni singola nazione deciderne il prezzo e renderli disponibili. Da noi le nuove molecole arrivano con un anno di ritardo rispetto ad altri Paesi europei. Siamo il fanalino di coda, insieme alla Grecia».

L'Italia, poi, deve fare i conti con la regionalizzazione della Sanità. «Così, — continua Conte — le Regioni più virtuose possono mettere a disposizione dei malati i nuovi farmaci, le altre no». Ci sono, insomma, differenze che contrassegnano l'Italia nei confronti dell'Europa e disparità all'interno del Paese.

E all'orizzonte si intravedono nuovi problemi. Alcune cure, oggi disponibili, sono in grado di ottenere risultati notevoli, in termini di sopravvivenza dei pazienti, come sta succedendo nel trattamento del melanoma. Ma il cancro, in generale, rimane una delle principali cause di mortalità. Esistono ancora quelli che i tecnici chiamano *unmet medical needs*, i *bisogni medici non corrisposti*.

In altre parole, ci sono tumori in fase avanzata che non rispondono più alle terapie e che sono in cerca di trattamento: il tumore è una malattia dinamica, che cambia di giorno in giorno, ed è in perenne lotta con i farmaci che cercano di contrastarlo. Per questo la ricerca di nuove molecole continua.

Le medicine in sviluppo sono centinaia (108 solo per la leucemia, 80 per il tumore alla prostata e 91 per quello del seno, soltanto per citare alcuni casi), sono tutte innovative perché vanno a colpire nuovi bersagli molecolari delle cellule cancerose e richiedono grandi investimenti in ricerca.

C'è da immaginare, dunque, che quando arriveranno sul mercato non avranno certo costi contenuti (vi approdano dopo un percorso di ricerca che dura oltre dieci anni e grazie a investimenti che vanno oltre il miliardo di euro), anche se, sempre secondo l'economista Jonsson, i costi, da qui in avanti, cresceranno, ma a un ritmo più lento di quanto non sia avvenuto in passato.

«Un altro elemento che contribuisce all'incremento della spesa — aggiunge Filippo de Braud, primario dell'Oncologia medica all'Istituto Tumori di Milano — è la tendenza a trattare il paziente per lunghi periodi di tempo con l'obiettivo di cronicizzare la malattia».

Come guardare, dunque, al futuro con un occhio al paziente e uno alla spesa? Quali sono le strategie di risparmio?

L'appropriatezza, d'accordo. Ma l'appropriatezza non andrebbe valutata a posteriori, cioè constatando che il farmaco è inefficace su un determinato paziente, ma andrebbe valutata "a priori".

Ed è vero che gli accordi di *risk sharing* (condivisione del rischio) prevedono che il sistema sanitario, quando un farmaco non funziona, non ne sostenga i costi, ma il paziente verrebbe trattato inutilmente.

Così si stanno aprendo

due fronti. Il primo fronte è quello dei test genetici, test che si eseguono sulle cellule tumorali per valutare se sono "sensibili" ai farmaci (i nuovi farmaci "a bersaglio molecolare" sono, infatti, costruiti per andare a colpire una precisa alterazione delle cellule tumorali). Questi test permettono di mettere in pratica la cosiddetta "medicina personalizzata", che consiste, appunto, nel somministrare il farmaco giusto al paziente giusto nel momento giusto, come ricorda Jola Gore-Booth, fondatrice di EuropaColon, un'associazione di pazienti con tumore al colon.

«Oggi l'industria — commenta Conte — sta sviluppando i farmaci e i test, insieme. E li brevetta. Ci sarà un'esplosione di costi legati ai test». Un esempio? Il kit per valutare se le cellule di un tumore al seno hanno i recettori ormonali (e sono quindi sensibili all'ormonoterapia) costa 3 mila dollari.

«Ma in un laboratorio di biologia molecolare — dice Conte — questi test costano poche decine o al massimo centinaia di euro. Certo: i servizi pubblici si devono preparare a controllare la qualità, ma risparmierebbero».

L'altra ipotesi è quella di un "rimborso basato sull'efficacia": cioè se un farmaco funziona poco, dovrebbe essere rimborsato poco dal sistema sanitario.

«Già in fase di sviluppo del farmaco — propone Conte — le aziende dovrebbero trattare con i "pagatori", altrimenti possono scegliere di rinunciare allo sviluppo di un farmaco, se è poco remunerativo».

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

Melanoma

Si punta ad attivare l'immunità

Il tumore è un "corpo" estraneo per l'organismo che cerca di combatterlo con le sue difese immunitarie, ma spesso non ci riesce. Le cellule tumorali (parliamo di melanoma) sono furbe: producono "ligandi" che inattivano il sistema difensivo. Ecco perché la nuova strategia anti-tumore punta sull'attivazione dell'immunità. Un primo farmaco, l'ipilimumab, si è rivelato efficace nel melanoma avanzato; adesso è in arrivo un secondo composto, chiamato BMS-936558, che funziona anche nei tumori di rene e polmone. (A. BZ)

Prostata

Meglio il trattamento continuativo

Uno studio su 1.500 uomini con *carcinoma prostatico metastatico ormonosensibile*, seguiti per quasi 10 anni, indica che la terapia ormonale continuativa è più efficace di quella intermittente. Sempre per i tumori in fase avanzata, il trattamento in pillole a base di acetato di abiraterone rallenta la progressione della malattia in chi non risponde più alle terapie ormonali e non ancora trattato con chemioterapia. La molecola ritarda i sintomi del dolore, il deterioramento generale dei malati, aumenta la sopravvivenza e preserva una buona qualità di vita.

Colon

Alleanze vincenti tra molecole

Più farmaci in combinazione o in sequenza mirano a cronicizzare il tumore metastatico. Tre gli studi più significativi. Il primo: se la chemioterapia di prima linea combinata a un farmaco biologico fallisce, si può cambiare chemioterapico mantenendo il biologico (bevacizumab), che continua a rallentare la crescita del tumore. Il secondo: se ogni cura fallisce, la molecola sperimentale regorafenib aumenta la sopravvivenza, con tossicità limitata. Il terzo: si guadagnano mesi anche aggiungendo aflibercept (antiangiogenesi) alla chemio.

Polmone

Il «mantenimento» dopo la chemio

Quello *non a piccole cellule* è la forma più comune di cancro al polmone. Uno studio internazionale coordinato dal direttore dell'Oncologia di Avellino, Cesare Gridelli, dimostra che, dopo il ciclo di chemioterapia (cisplatino e pemetrexed), una terapia di mantenimento con pemetrexed riduce il rischio mortalità e allunga la sopravvivenza, con una cura ben tollerata. Inoltre, il farmaco orale afatinib si è rivelato particolarmente efficace nei casi di adenocarcinomi avanzati con la mutazione del gene Egfr.

Linfomi

Una combinazione per i giovani

La combinazione di bendamustina e rituximab raddoppia, rispetto alla chemio standard, la sopravvivenza libera da malattia nei malati di *linfoma indolente* o *mantellare*, con minori effetti collaterali. Uno studio richiama poi alla necessità di trovare nuove cure e diminuirne la tossicità per adolescenti e giovani adulti con *leucemia linfoblastica acuta*, molto aggressiva a queste età. «I giovani "pagano" diagnosi spesso tardive con un tasso minore di guarigioni» dice Andrea Ferrari, oncologo pediatra dell'Istituto tumori di Milano.

Seno

L'anticorpo «armato» con la tossina

Nelle donne con *carcinoma metastatico Her2 positivo* (forma particolarmente aggressiva) migliora la sopravvivenza e diminuisce la tossicità con la terapia sperimentale T-DM1, che utilizza un anticorpo (trastuzumab) "armato" di una potente tossina, capace di colpire solo le cellule cancerose. «Una nuova strategia — secondo Luca Gianni, direttore dell'Oncologia al S. Raffaele di Milano — che usa una chemio estremamente tossica (perciò efficace) guidata sul bersaglio molecolare e rilasciata solo dentro le cellule malate».

Effetti collaterali

In aiuto contro il doloroso formicolio

C'è crescente attenzione per le conseguenze indesiderate delle terapie. Un comune antidepressivo (duloxetine) è risultato valido alleato contro la *neuropatia periferica*, fastidioso (a volte doloroso) formicolio che interessa pazienti trattati con chemioterapia a base di taxani e platino. Un altro trial mostra, nei casi in cui i trattamenti abituali non funzionano, che l'antipsicotico olanzapina limita nausea e vomito, che spesso peggiorano la qualità di vita dei malati o li debilitano, talvolta fino a compromettere l'efficacia delle cure.

Nuovi bersagli**Sotto tiro
le alterazioni
genetiche**

Si chiama medicina di precisione: è la medicina "personalizzata" che promette di colpire, con i nuovi farmaci antitumorali, il bersaglio giusto (presente sulle cellule cancerose) nel paziente giusto al momento giusto.

Oggi, infatti, le molecole anti-cancro più innovative agiscono sulle alterazioni genetiche presenti nella cellula tumorale e non sparano più nel mucchio, come la vecchia chemioterapia.

Queste alterazioni possono essere comuni a tumori diversi. Così, non si parla più di tumore al polmone, al seno, all'ovaio, ma di tumore con l'alterazione genetica x, y, z... (anche se, per semplicità, si fa ancora riferimento agli organi colpiti). Ecco perché gli studi che valutano le nuove terapie sono più complessi che in passato e interessano gruppi più piccoli di pazienti. E sono anche più difficili da interpretare: il ruolo dell'oncologo diventa sempre più importante nel scegliere la terapia giusta. (A. Bz.)

**Molte le novità
anche per le forme
più complesse**

Quando non si può puntare alla guarigione, oggi la strategia di cura prevede di utilizzare diversi farmaci in combinazione o in sequenza fra loro, con l'obiettivo di cronicizzare la malattia il più a lungo possibile: ovvero allungare la sopravvivenza dei pazienti, garantendo loro una buona qualità di vita. La tollerabilità delle terapie, gli effetti collaterali limitati o non troppo pesanti sono ormai presupposto indispensabile delle nuove molecole. E le cure palliative (quelle che offrono sollievo dai sintomi) sono sempre più importanti. La maggioranza degli studi sperimentali presentati all'Asco (*vedi nei box seguenti*) indica come sia possibile, con le varie strategie, guadagnare tempo, magari di volta in volta manciate di mesi: piccoli passi in un'ottica generale, ma conquiste preziose per i malati con un tumore in stadio avanzato. E poi, procedendo per gradi, i ricercatori sperano di trovare la chiave (sempre più spesso genetica) per fare il «grande salto» che porta alla guarigione.

V. M.

I NUOVI CASI DI TUMORE NEL MONDO OGNI ANNO



LA SPESA OSPEDALIERA PER I FARMACI ONCOLOGICI IN ITALIA

1,530 miliardi di euro

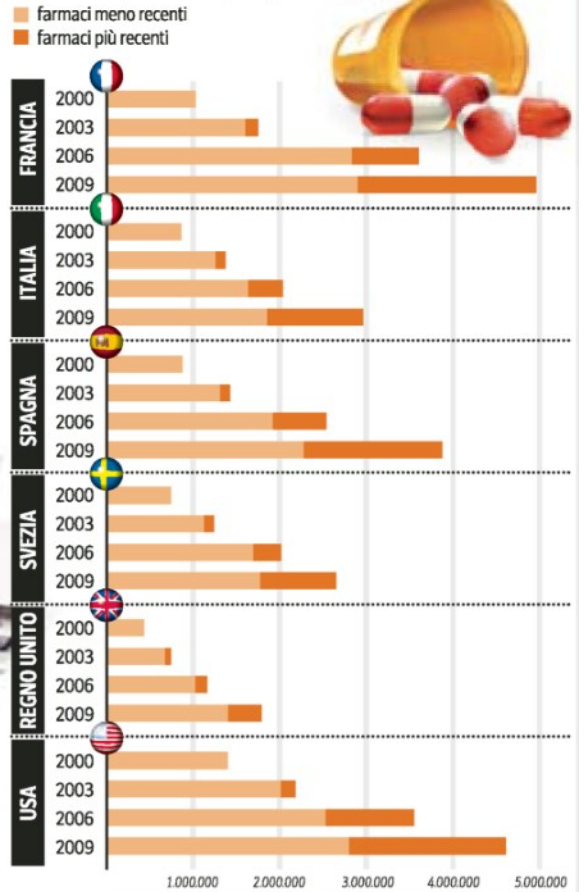
2011

25%

La quota per antitumorali sul totale della spesa ospedaliera per i farmaci



L'UTILIZZO DEI FARMACI CONTRO I TUMORI (dati 2007)



FARMACI ONCOLOGICI IN CORSO DI SVILUPPO

