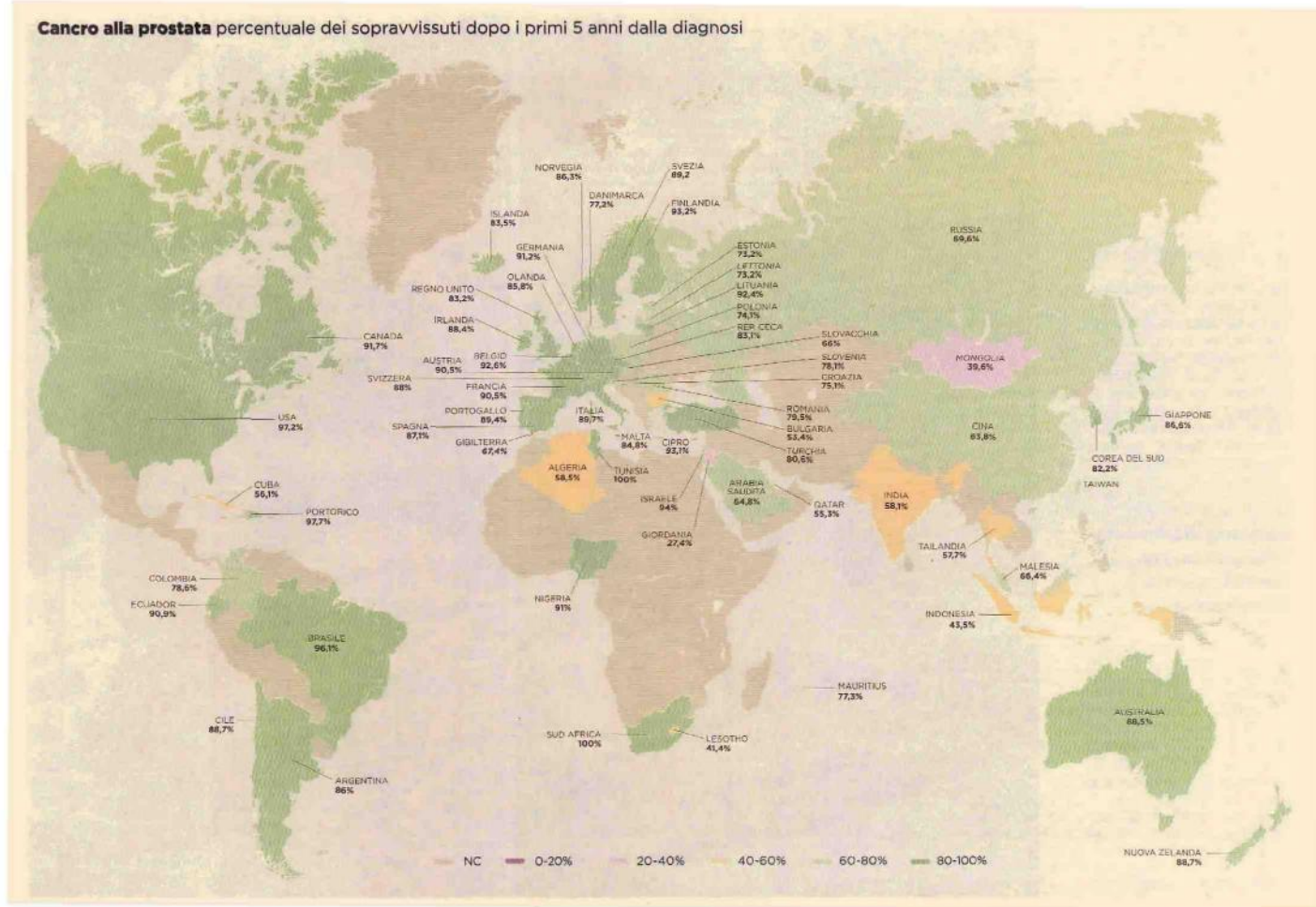


Cancro alla prostata percentuale dei sopravvissuti dopo i primi 5 anni dalla diagnosi



geopolitica del cancro

Sanità | *Il 70% dei decessi si concentra nei Paesi in via di sviluppo. Perché il tumore si può sconfiggere, ma servono piani e investimenti. Come spiega Concord-2, il più grande studio di sempre sul tema*

ANGELA SIMONE

■ Il cancro, nella sua beffarda democraticità, non risparmia nessuna parte del mondo, no-

stante persista ancora il falso mito che sia una malattia dei Paesi più ricchi. Ogni anno colpisce 14 milioni di persone, e sono numeri in espansione. La metà dei nuovi casi e il 70% delle morti ormai riguarda i Paesi a basso e

medio reddito. E una nuova ricerca conferma che in media la mortalità a cinque anni dalla diagnosi è molto più alta nelle zone più povere di Asia, Africa, Centro e Sud America che nel resto del mondo.

Questo è il risultato del più grande studio effettuato fino ad ora, appena pubblicato sulla rivista scientifica *Lancet*, che compara i dati dei registri tumori tra il 1995 e il 2009 di 67 Stati sulla sopravvivenza di quasi 26 milioni di pazienti a un quinquennio dalla prima analisi che conferma la presenza del cancro.

Un divario ancora troppo grande tra Paesi in via di sviluppo e più avanzati, in base al quale i secondi si attestano su risultati di sopravvivenza che gli Stati più ricchi avevano ottenuto 10 anni fa. La distanza in alcuni casi è davvero enorme, sottolineano gli stessi autori della ricerca. Come per la leucemia linfoblastica acuta, la forma leucemica più diffusa nei bambini e ormai ampiamente curabile. Mentre nella maggior parte dei Paesi il valore di sopravvivenza ai cinque anni supera l'80% - con punte oltre il 90% in Canada, Norvegia, Austria, Belgio e Germania - in Lesotho, Indonesia, Giordania, Tunisia e Mongolia non si arriva al 50%.

Lo studio, chiamato *Concord-2*, presentato anche al World Cancer Congress a Melbourne, ha analizzato la casistica delle dieci forme più comuni di cancro (colon, retto, polmone, cervice uterina, seno, stomaco, prostata, fegato, ovaie, leucemia) più quello della leucemia linfoblastica acuta, per tre serie di scaglioni temporali che arrivano solo al 2009 (1995-1999, 2000-2004 e 2005-2009), correggendoli per età, sesso e luogo per renderli comparabili tra loro. Mentre le prime due serie corrispondono a dati effettivi di *follow-up* dei pazienti - ovvero seguendo l'evoluzione dello stato di salute nel corso dei cinque anni - i valori della serie 2005-2009 corrispondono a stime sulla sopravvivenza. «Su studi così vasti, come nel caso di *Concord-2*, è impossibile avere dati più recenti effettivi di *follow-up* ai cinque anni. Motivo per cui i dati del quinquennio 2005-2009 sono stimati. In ogni caso, anche se una terapia dovesse irrompere sulla scena, i tempi tecnici perché venga poi realmente utilizzata a livello di popolazione sono lunghi. Quindi, di fatto, con questo studio è come avere dati correnti», chiarisce a *pagina99* Claudia Allemani, ricercatrice italiana in epidemiologia del cancro presso la London School of Hygiene and Tropical Medicine e primo autore dello studio.

■ Il dato di sopravvivenza a cinque anni è una convenzione adottata da epidemiologi e oncologi ormai da tempo: tra gli anni Venti e gli anni Cinquanta - ben prima dell'arrivo delle tecniche di

imaging come Tac e risonanza magnetica e dell'avvento della biologia molecolare che ha aiutato a caratterizzare l'identità e le possibili strategie terapeutiche per vari tipi di tumori - la diagnosi di cancro suonava come una sentenza di morte e cinque anni sembravano un tempo troppo lungo come obiettivo da raggiungere.

Questo parametro, pur nella sua crudezza, è soprattutto utilizzato per valutare l'efficienza dei sistemi sanitari pubblici. Nei casi dei tumori del fegato e del polmone, che spesso vengono scoperti solo in fasi avanzate, il dato di sopravvivenza dipende dalla disponibilità limitata di terapie in grado di curare efficacemente e di metodi di diagnosi che riescano a identificare la presenza di cellule cancerose nelle prime fasi della malattia. Ma in generale il parametro dei cinque anni è un buon indicatore dei sistemi sanitari: laddove il dato di sopravvivenza è basso, denuncia una presa in carico della sanità nazionale scarsa o comunque inefficiente, a partire dal momento della diagnosi fino alla gestione della cura. D'altronde i metodi diagnostici, così come le terapie e le conoscenze scientifiche, sono disponibili globalmente. Quindi per valori bassi il problema non può che risiedere negli investimenti di risorse e denaro in strutture e personale.

Gestire il cancro significa disporre di adeguati metodi diagnostici, con personale qualificato capace di prelevare e conservare in maniera corretta e interpretare le analisi. E soprattutto infrastrutture ospedaliere con macchinari specifici e medici in grado di curare il paziente secondo i protocolli riconosciuti dall'oncologia moderna. In più di 30 Paesi di Africa e Asia non ci sono le macchine per la radioterapia - una delle cure possibili assieme alla chirurgia e alla terapia farmacologica, la cosiddetta chemioterapia - a

causa degli elevati costi di acquisto e manutenzione, oltre che delle competenze richieste in fisica medica per il personale parasanitario.

In alcuni casi, non così isolati, anche il personale propriamente medico è scarsissimo. In Honduras ci sono meno di 20 oncologi per otto milioni di cittadini. Peggio va in Etiopia: quattro specialisti in oncologia per 80 milioni di abitanti. «Col caso Ebola siamo venuti a sapere che in Liberia c'è solo un medico ogni 100 mila abitanti» ci spiega Gavino Maciocco, docente di Politica sanitaria presso il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Firenze e autore del libro *Salute Globale ed equità nella salute* (edizioni Carocci). «Chi studia medicina va poi all'estero per guadagnare. Senza medici sono impensabili strategie di lungo periodo, necessarie con malattie come il cancro. Per questo sono richiesti sforzi di pianificazione sanitaria di lungo

respiro, che non è facile attuare in Paesi in cui mediamente gli investimenti in spesa pubblica sanitaria sono tra i 10 e i 15 dollari pro capite, se non meno» chiude Maciocco.

Lo stesso studio *Concord-2* non è riuscito a estendere l'analisi ad altri Paesi per la difficoltà a reperire dati di qualità o per l'assenza di registri tumori, se non addirittura di registri pubblici di dati sulla vita, soprattutto in Africa; dove, troppo spesso, è ancora più difficile quantificare e valutare la gestione dei pazienti oncologici, che probabilmente in molti casi si risolve con zero diagnosi e nessun tipo di cura.

La lotta ai tumori comporta un investimento massiccio e richiede organizzazione complessa e anni di pianificazione politica, perché il cancro - così come tutte le malattie croniche non trasmissibili, come le definisce l'Organizzazione mondiale della sanità - non è una ma-

lattia gestibile nell'emergenza. Una difficoltà oggettiva che spesso fornisce un ottimo alibi per lasciar cadere ogni tentativo di cambiamento.

Ma le riforme più profonde possono cominciare con primi passi non particolarmente onerosi. Il report del 2011 *Closing the Cancer Divide* del Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control (delle Medical e Public Health Schools della Harvard University e del Dana-Farber Cancer Institute di Boston) evidenzia che 26 su 29 dei chemioterapici chiave per trattare le forme più diffuse di cancro sono ormai fuori brevetto e il loro costo non raggiunge i 100 dollari per intero ciclo di trattamento. Inoltre - così come era avvenuto con l'azione congiunta di Oms e Medici senza frontiere per favorire l'accesso agli antivirali per l'Aids nei Paesi in via di sviluppo - la stessa task force mette a disposizione il prezzo delle medicine antineoplastiche e palliative per la cura del dolore da cancro, e altri farmaci di complemento per la cura globale dei tumori; l'obiettivo è ottenere prezzi più

bassi da parte delle aziende pubbliche che operano per conto dei sistemi sanitari nell'acquisizione dei medicinali dichiarati essenziali per

la sanità nazionale.

Inoltre, secondo una stima Oms l'introduzione di un set limitato di interventi di prevenzione, come il vaccino per il virus dell'epatite B per prevenire il cancro al fegato o gli screening per la ricerca di lesioni precancerose di tumore alla cervice uterina, costerebbe solo un dollaro pro capite per i Paesi a basso reddito e 1,5 per quelli a medio reddito.

Studi come *Concord-2* potrebbero spronare a cambiare rotta per economie meno in difficoltà. «Siamo certi che il nostro studio verrà usato per questo scopo. Banca Mondiale, Oms e Osce lo hanno accolto positivamente, e abbiamo diversi casi che certificano l'interesse in dati di questi tipo per guidare le scelte politico-sanitarie dei decisori politici», commenta Allemani. Il caso dell'Algeria è emblematico: il nuovo studio del piano nazionale oncologico algerino ha preso in considerazione i dati emersi del precedente studio (*Con-*

cord, che aveva valutato solo 31 Paesi per quasi 2 milioni

di pazienti nel mondo), per migliorare le strategie di prevenzione e cura del cancro.

Dati a cui anche alcuni paesi dell'Europa dovrebbero guardare. Soprattutto i Paesi dell'ex blocco sovietico, che si attestano poco sopra i bassi valori degli Stati più poveri degli altri continenti. Così come sarebbe utile a tutti i governi, anche i più ricchi, dare uno sguardo per migliorare i trend positivi, ottenuti investendo in screening di popolazione, centri chirurgici attrezzati, alta formazione per i medici e terapie innovative, sia per tumori in cui curarsi e guarire è più facile (prostata e seno), ma soprattutto per quelli, come stomaco e polmone, in cui la ricerca sta ancora cercando risposte definitive.

ANGELA SIMONE

**In Etiopia si contano
 soltanto quattro
 oncologi per 80
 milioni di abitanti**

