

senza di risorse ed alla disponibilità di un test per HER-2 di livello affidabile. Perciò una prima linea di terapia contenente l'anticorpo monoclonale viene presa in considerazione solo ai livelli A ed M. Gli autori incoraggiano, con l'obiettivo prioritario di risparmiare denaro, l'arruolamento delle pazienti HER-2 positive all'interno di studi clinici controllati.

Questo è uno dei rari casi in ambito oncologico in cui vengono prodotte linee guida di comportamento differenti a seconda della disponibilità di risorse di ogni area geografica. Ciò potrebbe apparire una discriminazione, poiché si nega alle pazienti portatrici di una certa patologia la possibilità di esser trattate allo stesso modo. Ma questa è la realtà: nel mondo esistono da sempre i Paesi in via di sviluppo, caratterizzati da infrastrutture, risorse umane ed esperienza spesso inferiori rispetto ai Paesi industrializzati e verso cui viene convogliata una quantità di risorse notevolmente inferiore. Nella lotta al cancro, in media, meno del 5% delle risorse stanziate ogni anno viene destinata ai Paesi in via di sviluppo. Questo rende impossibile garantire non solo un trattamento adeguato curativo e/o palliativo, ma anche l'attuazione di programmi di screening atti a ridurre l'incidenza della malattia ed i costi ad essa correlati. Appare chiaro che la maggior parte delle strategie di trattamento del carcinoma mammario non sono da considerare *cost-effective* nei territori con risorse economiche limitate. In queste aree si rendono necessari interventi rapidi per cercare di implementare strategie alternative, ma ugualmente efficaci. Il Breast Health Global Initiative (BHGI) già da qualche tempo lavora, di concerto con l'OMS, per stabilire un processo decisionale che definisca a livello mondiale linee guida 'resource-oriented' di diagnosi e terapia delle neoplasie mammarie*. L'obiettivo primario è quello di ottimizzare le risorse disponibili allocandole nelle aree con maggior evidenza di efficacia.

Giovanni Mansueto

UOC Oncologia Medica, ASL Frosinone

*Anderson BO, Yip CH, Smith RA et al: Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer* 2008; 113: 2221-2243.

Terapia ormonale sostitutiva e rischio cardiovascolare

Toh S, Hernández-Díaz S, Logan R et al

Coronary heart disease in postmenopausal recipients of estrogen plus progestin therapy: does the increased risk ever disappear? A randomized trial

Ann Intern Med 2010; 152: 211-217

In anni passati la terapia ormonale sostitutiva (TOS) in donne in menopausa, con adeguati preparati di coniugazione estroprogestinici e a basso dosaggio di estrogeni, si riteneva avesse un effetto di protezione cardiovascolare significativo, proprio in una fase della vita femminile in cui si registra un particolare incremento del rischio di eventi cardiovascolari, dal momento

che svanisce l'effetto del cosiddetto ombrello protettivo degli ormoni sessuali femminili, normalmente prodotti dalle ghiandole ovariche nel periodo fertile.

Successivamente però altri autorevoli studi, come ad esempio l'NHS (Nurses' Health Study), condotto su un vasto gruppo di personale infermieristico americano, dimostravano l'esatto

contrario, evidenziando un rischio di malattia coronarica in chi assumeva TOS più elevato rispetto al resto della popolazione femminile. Il disorientamento e la confusione sul particolare argomento ha fatto sì che venissero prese in attenta considerazione particolari caratteristiche del trattamento effettuato, come ad esempio il tipo di farmaci di associazione utilizzati, i dosaggi, la durata e la precocità di inizio del trattamento, i risultati a breve e lungo termine.

Il dibattito al riguardo si è sviluppato per un periodo prolungato dal momento che ancora oggi, a distanza di più di vent'anni dall'inizio delle ricerche in materia, continuano ad essere pubblicati studi significativi su questo argomento.



Attualmente l'opinione più accreditata è che la TOS aumenterebbe il rischio cardiovascolare in postmenopausa; che il rischio però sia limitato ai primi anni dell'assunzione è soprattutto evidente nelle donne che iniziano la terapia non precocemente, vale a dire non subito all'inizio della menopausa. Lo studio pubblicato sugli *Annals* vuole fare maggiore chiarezza, riportando i risultati di una ricerca su un vasto gruppo di pazienti in menopausa, più di 16.000 soggetti (di età variabile tra 50 e 79 anni) arruolate dal 1993 al 1998, e quindi seguite per un periodo decisamente prolungato. In generale nell'ampio campione di popolazione esaminato il trattamento sostitutivo in combinazione ha prodotto un rischio aumentato di eventi coronari-

ci, con un indice di rischio valutato in 2,36 per i primi 2 anni e 1,69 per i primi 8 anni. Una sottanalisi è stata eseguita considerando i tempi di inizio della cura. Lo studio ha confermato che non esiste nessun effetto di cardioprotezione della TOS almeno nei primi 2 anni di trattamento, neppure in donne che hanno iniziato precocemente il trattamento. Un possibile piccolo effetto cardioprotettivo in quest'ultimo gruppo di donne potrebbe evidenziarsi soltanto nel lungo periodo, dopo almeno 6 anni di terapia. Da tali dati sembra quindi confermato che la TOS debba essere prescritta unicamente per il controllo dei sintomi legati al climaterio e non certo per una modificazione del profilo di rischio cardiovascolare. ■ CA

I pazienti con bisogni complessi: strategie per il contenimento della spesa sanitaria

Bodenheimer T, Berry-Millett R

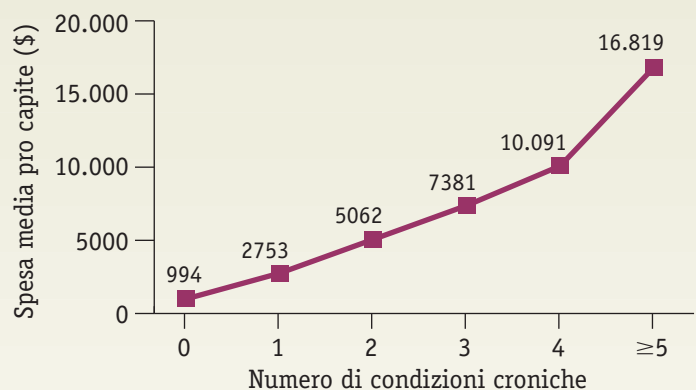
Follow the money: controlling expenditures by improving care for patients needing costly services

NEJM 2009; 361: 1521-1523

Negli Stati Uniti oggi il 10% dei pazienti usufruisce del 70% delle spese sanitarie. I pazienti che 'costano' di più presentano patologie croniche, ricoveri ripetuti e limitazioni nelle attività quotidiane dovute a problemi di ordine fisico, mentale o psicosociale. Le spese sanitarie, affermano ricercatori statunitensi sul *New England Journal of Medicine*, sono 17 volte superiori per persone con 5 o più condizioni croniche rispetto a chi non ne ha.

Questi dati mostrano come una migliore gestione dell'assistenza sanitaria ai pazienti ad alto rischio ha enormi potenziali per il contenimento della spesa. Programmi che permettano l'assistenza domiciliare e il creare una relazione stretta e continua con i medici riducono i tassi di ospedalizzazioni ripetute e il ricorso al Pronto Soccorso. Alcune organizzazioni negli Stati Uniti hanno iniziato a proporre programmi per la gestione dei pazienti con bisogni sanitari complessi. Kaiser Permanente nell'Ohio ha identificato, attraverso modelli predittivi, un 1% di pazienti a cui viene indirizzato il 20% delle risorse; ha dunque creato un team multidisciplinare diretto da geriatri che mettono a disposizione un'assistenza domiciliare per un piccolo gruppo di pazienti, circa 150. In confronto a pazienti simili con un'assistenza tradizionale, i be-

Spesa media annuale pro capite per pazienti con un numero differente di condizioni croniche



neficiari dell'iniziativa hanno avuto meno ospedalizzazioni e meno necessità di ricoveri d'urgenza. Anche altre organizzazioni hanno messo a punto iniziative simili, come Capital Health in Florida: l'unità terapeutica, costituita da un geriatra e due infermieri gestisce 300 pazienti ad alto rischio; anche in questo caso le spese si sono rivelate inferiori rispetto alle cure tradizionali.

Il contenimento delle spese sanitarie è un argomento di importanza decisiva in qualsiasi dibattito sull'assistenza sanitaria: concentrare l'attenzione sui pazienti con bisogni complessi di salute permette di gestire al meglio le risorse dei sistemi, offrendo una migliore qualità di assistenza per tutti.

Domitilla Di Thiene

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica

G. Sanarelli, 'Sapienza' Università di Roma