

**Contraccettivi****PILLOLA DEI 5 GIORNI  
IN VENDITA IN ITALIA**

**Da** lunedì 2 aprile è in vendita anche in Italia EllaOne, la pillola dei 5 giorni. Costa 34,89 euro. Ma l'apertura "ufficiale" è stata preceduta dagli acquisti su internet. L'associazione dei ginecologi italiani ha messo in guardia sulla sicurezza dei prodotti acquistati in rete, ma la pratica è largamente diffusa, come ha documentato una videoinchiesta realizzata da Adnkronos Salute. Il contraccettivo d'emergenza, infatti, approvato dall'Agenzia del farmaco dopo due anni e numerose polemiche, può essere comprato facilmente on line. E non si tratta solo di farmacie non autorizzate o che vendono medicinali contraffatti: quello contattato dai giornalisti di Adnkronos salute è un regolare "drugstore" inglese, che commercializza medicine on line, perché nel Regno Unito è consentito dalla legge. In questo modo EllaOne (nome commerciale per l'ulipristal acetato) può essere acquistato anche dall'Italia, una facile scorciatoia per chi non vuole sottostare alle restrizioni legate alla prescrizione del medicinale, che - secondo le norme in vigore nel nostro paese - può essere assunto solo dopo essere stati visitati da un medico e dopo avere accertato che la donna non sia in gravidanza (per un rapporto precedente a quello a rischio, naturalmente) con la presentazione di un esame con esito negativo basato sul dosaggio dell'Hcg beta.

## Ieri in Parlamento. Le Regioni prendono tempo sul Ddl che tocca le competenze federaliste

# È scontro sulla «governance sanitaria»

### ITEMI

Il testo affronta la nomina dei primari, la scelta di manager di Asl e ospedali, l'autonomia e responsabilità dei medici, l'età pensionabile

#### Roberto Turno

■ Nomine dei primari, scelta dei manager di Asl e ospedali, autonomia e responsabilità dei medici. Anche l'età pensionabile più alta dei camici bianchi. I governatori prima danno lo stop al Parlamento: giù le mani, fanno sapere, su tutto questo decidiamo noi, lo impone il federalismo. Poi, sottoposte a un fuoco di sbarramento con l'accusa di non voler mollare la presa dai giacimenti clientelari sulla sanità, decidono di prendere tempo. Si pronunceranno ufficialmente la settimana prossima.

Storia di un disegno di legge all'apparenza come tanti altri, almeno per i non addetti ai lavori. Ma sulla cosiddetta «governance sanitaria» (o «governo clinico»), ovvero anche i modelli di reclutamento e selezione del personale sanitario di vertice oltre che di governo e organizzazione del sistema sanitario, s'è consumato ieri un nuovo scontro tra i governatori e il Parlamento. Col Governo che ha preferito il silenzio, salvo cercare nell'ombra una mediazione per evitare rotture clamorose.

Tutto è nato col parere della "commissione salute" delle regioni al ddl all'esame della Camera (commissione Affari sociali), un testo già più volte rimaneggiato anche dopo precedenti altolà dei governatori. Ma anche l'ultimo testo, pronto per l'esame dell'aula della Camera, dei tecnici (e non solo) è finito nel tritacarne regionale. «Invade le competenze re-

gionali» stabilite col federalismo fiscale, hanno scritto nero su bianco gli assessori nel parere inviato ieri all'esame finale dei governatori. «Pur enunciando l'autonomia organizzativa e disciplinare delle regioni in materia - si afferma - ne vincola l'attuazione con un modello imposto dal livello centrale». Lo Stato si ritiri, insomma. Perché «non spetta al livello centrale stabilire che la clinical governance sia il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Ssn».

Un no secco, quello degli assessori. Accompagnato in Parlamento dalla stroncatura totale del testo da parte della commissione per le questioni regionali, ma anche della Affari costituzionali della Camera. Fatto sta che nelle ore prima che i governatori confermassero la stroncatura, dalla Camera sono piombate le accuse alle regioni. «Se le regioni pensano che lo Stato non debba mettere mano alla sanità, lo dicano a cittadini e operatori ma abbiano il coraggio di dire che così si andrà a ventuno sanità», ha attaccato il relatore Domenico Di Virgilio (Pdl). Confortato dal presidente della commissione Giuseppe Palumbo (sempre Pdl), anche più pesante: «Se la politica non vuole togliere le mani dalla sanità, lo dica». E dal finiano Pierfrancesco Dauri: «La resistenza delle regioni dimostra che non vogliono rinunciare a drenare consenso e prebende dalla sanità».

Quanto bastava almeno per una pausa di riflessione. E infatti i governatori hanno deciso di fermarsi e di chiedere un «supplemento d'istruttoria» a tecnici e assessori. La settimana prossima faranno sapere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Giochi: tra 15 giorni le norme su spot e ludopatia

**ROMA.** Tempi stretti per una regolamentazione severa della pubblicità del gioco d'azzardo, in particolare per tutelare i minori. E anche per inserire la ludopatia nei Lea del Servizio sanitario nazionale. Lo hanno annunciato ieri i ministri dell'Integrazione Andrea Riccardi e della Salute, Renato Balduzzi che stanno lavorando all'iniziativa governativa per mettere un freno a quelli che il ministro dell'Interno, Anna Maria Cancellieri ha definito «gli effetti devastanti» dell'azzardo. Il provvedimento è ormai alle battute finali. Anche se non è ancora chiaro quale sarà lo strumento legislativo. Potrebbe essere un testo unico oppure emendamenti vari da agganciare a provvedimenti già in discussione. «Penso che entro 15 giorni avremo risultati concreti» ha annunciato ieri Riccardi, che vorrebbe arrivare, per quanto riguarda la pubblicità, a «un divieto come per le sigarette, o almeno a una ferrea regolamentazione degli spot, per esempio con divieti in certe fasce orarie o per i programmi e la stampa rivolti ai minori». Quindi no agli spot nei programmi televisivi per minori o se nel cinema si proietta un film destinato al pubblico più giovane, no ai cartelloni che reclamizzano il gioco in prossimità dei luoghi frequentati dai ragazzi, no alla pubblicità sui giornali per ragazzi, e così via. Ma non basta: chi gioca deve sapere quante possibilità reali ha di vincere. Ad esempio, sul

biglietto ci deve essere scritto che quella cifra potrà essere vinta solo da un fortunato su 10 milioni. Importante è il ruolo del **Ministero della Salute**, che dovrà inserire il gioco patologico nei

Lea: un passaggio essenziale per consentire che questa dipendenza

possa essere riconosciuta e curata dal Servizio sanitario nazionale gratuitamente o dietro pagamento del ticket. «Nel momento in cui è considerata come una malattia la ludopatia entrerà nei Lea – ha spiegato sempre ieri Balduzzi – già oggi in molte situazioni i servizi di contrasto alle dipendenze se ne fanno carico; qualcosa che va normato e inserito in una programmazione». Anche perché in Italia, secondo dati della Federazione dei servizi pubblici per le dipendenze, sono circa 80mila le persone a elevato rischio di gioco patologico. Regole dure contro la pubblicità del gioco d'azzardo sono state chieste anche dai parlamentari del Pdl Carlo Giovanardi e Alfredo Mantovano, dal deputato del Pd Enrico Farinone e da Angelo Compagnon dell'Udc. **(A.M.M.)**

---

L'iniziativa annunciata dai ministri Riccardi e Balduzzi prevederà i Lea per le dipendenze e maggiore severità sulla pubblicità. Dovrà essere chiara la reale possibilità di vincita

---



La Regione manda gli ispettori. I medicinali servono per curare malattie come il cancro e l'Aids

# Stretta sui farmaci salvavita

Controlli negli ospedali: costano troppo, usateli con cautela

In nome del pareggio del bilancio sanitario, la Regione avvia un programma di verifiche puntuali sulla correttezza dell'uso di **farmaci** molto costosi. Tra questi, una serie di medicinali per curare i tumori, l'Aids, l'emofilia, le malattie rare, i problemi legati ai trapianti. I controlli saranno fatti anche dagli ispettori e sono collegati a un invito alla maggior cautela nell'utilizzo.

A PAGINA 3 Ravizza

**Il caso** Giro di vite della Regione. Ieri la prima riunione di un pool di medici per monitorare il consumo dei «file F» sui pazienti malati di tumore

## Piano risparmi anche sui **farmaci** salvavita

Pronti i controlli negli ospedali: sono medicine supercostose vanno usate con cautela

### Le riserve

Nell'ottica di non sfiorare i costi si sta ricorrendo, già da mesi, alle riserve di magazzino

Giro di vite del Pirellone su una voce della spesa sanitaria sconosciuta ai più, ma nella quale rientrano cure salvavita: il suo nome, *file F*, indica una serie di medicinali ultracostosi per curare i tumori, l'Aids, l'emofilia, le malattie rare, i problemi legati ai trapianti. Sono **farmaci** acquistati direttamente dagli ospedali, ma che i pazienti normalmente assumono a casa. Adesso, in nome del pareggio del bilancio sanitario, l'assessorato alla Sanità invierà agli ospedali una circolare in cui s'annunciano verifiche puntuali da parte dei Noc (i nuclei operativi di controllo dell'Asl) sulla correttezza del loro uso. L'arrivo del documento è stato annunciato negli scorsi giorni ai diretti interessati. Proprio ieri, invece, si è riunito per la prima volta in Regione il cosiddetto «gruppo di lavoro per lo studio dell'appropriatezza» sull'utilizzo dei **farmaci** ad alto costo. È composto da un pool di una decina di oncologi ed ematologi della Lombardia, tra cui Roberto Labianca, primario dell'ospedale Riuniti di Berga-

mo e presidente del Collegio italiano dei primari medici oncologi ospedalieri (Cipomo).

L'obiettivo è tenere i conti sotto controllo. Così i Noc dovranno esaminare, cartelle cliniche alla mano, l'uso dei medicinali ultracostosi per scoraggiare eventuali abusi, con spreco di risorse pubbliche. Le Asl dovranno monitorare l'85% delle prescrizioni dei *file F* e confrontarle con le indicazioni fornite dall'Agenzia italiana del **farmaco** (Aifa). I medici sono chiamati a una sfida ancora più delicata: sulla bilancia dell'appropriatezza dell'uso dei *file F* vanno a finire i costi delle cure e i possibili benefici per il malato. Ci sono altri **farmaci** a minor prezzo che possono curare la malattia con risultati paragonabili? Quale vantaggio in termini di prospettiva di vita dà quel medicinale al singolo ammalato? Quante sono le percentuali di successo della terapia?

Così — in tempi di ristrettezze finanziarie — i dilemmi etici vanno ad accavallarsi a quelli economici. Per continuare a curare tutti è sempre più necessario spendere con oculatezza: il *refrain* del Pirellone vale soprattutto nel caso di medicinali ultracostosi. Di qui i controlli di congruità da effettuare sulla somministra-

zione dei **farmaci** *file F* e il gruppo di studio. Ma sono solo le ultime misure in termini di **farmaci** salvavita. Il finanziamento dei *file F*, infatti, per la prima volta nel 2012 è sottoposto a un tetto di spesa. In gioco ci sono 650 milioni di euro, una cifra più che raddoppiata rispetto al 2008: e, alla luce del budget sanitario ridotto all'osso, un ritmo di crescita simile non è più accettabile, almeno secondo l'assessorato della Sanità. È il motivo per cui nei diktat del Pirellone emanati a fine dicembre viene sancita l'introduzione di vincoli a garanzia dell'equilibrio: il livello massimo di risorse per i medicinali ultracostosi è pari al 2011, con un incremento del 9 per cento: una crescita che copre, in pratica, a stento i costi dell'inflazione e l'aumento del bisogno della popolazione a fronte dell'invecchiamento. Proprio nell'ottica di non sfiorare i costi gli ospedali stan-

no ricorrendo, già da mesi, alle riserve di magazzino. Non solo: i medicinali possono essere forniti ai pazienti solo per coprire due mesi di terapia, poi i malati devono tornare in ospedale a riprenderseli.

Il rischio è che manager ospedalieri troppo presi dalla foga di far tornare i conti arrivino a misure estreme, come quella adottata dal Policlinico di Milano nel 2007 (sotto la guida di Giuseppe Di Benedetto). Fu allora che in via Francesco Sforza venne emanata una circolare dal titolo: «Sospensione nuove autorizzazioni File F». Il motivo? Problemi di contenimento della spesa **farmaceutica**. In quell'occasione, comunque, il Pirellone intervenne pesantemente a salvaguardia della continuità delle cure. E ci sono tutte le premesse perché lo faccia anche in futuro.

**Simona Ravizza**  
sravizza@corriere.it

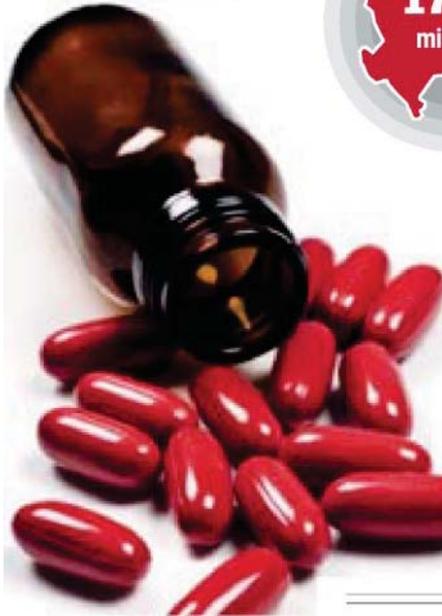
© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Il nuovo piano per i medicinali

## Il file F

Termine tecnico per indicare i medicinali ultracostosi acquistati direttamente dagli ospedali per curare i tumori, l'Aids, l'emofilia, le malattie rare, i problemi legati ai trapianti



**+350**  
milioni

2012

I soldi non coprono la crescita dell'inflazione (al 3%)

----- 2011

pari al

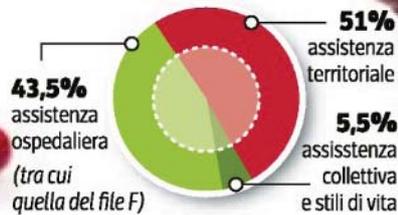
**>75%**

dell'intero budget del Pirellone

**Il bilancio sanitario della Regione Lombardia**



## Il budget è così suddiviso:



**Il finanziamento dei farmaci file F per la prima volta nel 2012 è sottoposto a un tetto di spesa**

Percentuale massima d'incremento prevista rispetto al 2011, che copre appena i costi dell'inflazione e l'aumento del bisogno a fronte dell'invecchiamento della popolazione

**9%**

■ **La spesa per il 2012**

**650 milioni**

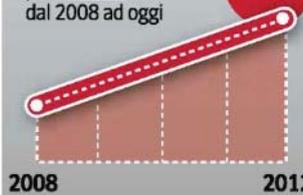


**+54**  
milioni

la somma che si può spendere in più negli ospedali della Lombardia

Aumento della spesa per i farmaci file F dal 2008 ad oggi

**2,5**  
volte



Lettera di un malato sulle spese ospedaliere

## «Il mio cancro costa? Chiedo scusa a tutti»

di GIUSEPPE REVELLI

**C**aro Direttore, compio 59 anni e da 4 combattuto contro un tumore che, partito dai polmoni, è andato in metastasi diffondendosi e colpendo ogni anno un nuovo organo. Mi sto preparando a nuove cure. Non so ancora quanto questo costerà alla comunità, ma ringrazio e chiedo scusa anticipatamente a tutti.

A PAGINA 25

### Se la Regione mi ricorda il costo del mio cancro

“**C**aro direttore, tra qualche giorno compirò 59 anni e da 4 combattuto contro un tumore che, partito dai polmoni, è andato in metastasi diffondendosi e colpendo ogni anno un nuovo organo. Grazie ai frequenti e accurati controlli a cui sono periodicamente sottoposto, riesco sempre a individuare sul nascere ogni nuova forma che insorge e quindi a intervenire nel modo migliore. Il 19 marzo scorso, a metà di un ciclo di chemioterapia, era prevista una TAC di controllo; naturalmente sono esente dal ticket per tutte le prestazioni sanitarie inerenti alla mia patologia, e infatti nulla ho dovuto pagare. Questa volta però ho visto che sul foglio per il ritiro del referto era molto ben segnalato quanto costasse in termini economici il mio esame alla Regione Lombardia e dopo averne preso coscienza ho comunque fatto l'esame. Purtroppo l'esito non è stato quello sperato perché la malattia si è propagata anche ad alcune zone del cervello. Ora sono in attesa di essere chiamato per iniziare un ciclo di radioterapia panencefalica che al momento non so ancora quanto costerà alla comunità e di questo e per questo ringrazio e chiedo scusa anticipatamente a tutti. Vorrei però, se possibile, avanzare una piccola proposta: forse è corretto che i cittadini prendano coscienza di quanto ogni prestazione sanitaria venga loro erogata dalla Regione gratuitamente, o a un costo calmierato, pesi in realtà su tutta la comunità, però ritengo che altrettanto e forse ancor più utile sarebbe, sempre nel rispetto e nello spirito di coscienza e consapevolezza, se il Presidente Formigoni, i membri alla giunta e del Consiglio regionale tutto, allegato al cedolino dello stipendio mensile, trovassero l'elenco dei cittadini, nome e cognome, quota parte, che per quel mese con i propri contributi e i loro sacrifici hanno permesso che lo stipendio gli fosse regolarmente dato. Questo certamente non per spirito di vendetta o per generare falsi sensi di colpa, ma semplicemente perché, non dico tutti i mesi, non pretendo nemmeno che venga fatto singolarmente, ma magari a dicembre, dopo la tredicesima, un pensiero e un semplice GRAZIE a tutti noi potrebbero anche dedicarlo. Scusi il disturbo.

Giuseppe Revelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Puglia, meno tumori e più aspettativa di vita

Il più basso numero di morti di cancro Regione, avanza la legge anti-diossina

SERVIZIO A PAGINA 29 >>

## LAVORO & SALUTE

I DATI STATISTICI

### SOTTO LA MEDIA NAZIONALE

Tasso pari a 83,7 ogni mille abitanti, rispetto ai 94,6 del Paese. Nel 2004 era al nono posto. Migliorano anche le aspettative di vita

# La Puglia è ultima in Italia per la mortalità da tumori

I dati Istat per Arpa e Ares. E in Consiglio avanza la legge anti-emissioni

● La Puglia è la regione con il tasso di mortalità per tumori più basso d'Italia.

Arpa Puglia e Ares hanno ricevuto alcuni indicatori provenienti dal database sul sistema sanitario dell'Istat «Health for all», nell'ambito del lavoro scientifico condotto dalle due agenzie della Regione e dal Registro Tumori Puglia (in collaborazione con l'Istituto Nazionale Tumori di Milano) sulle stime del carico di malattia neoplastica in Puglia fino al 2015. Dai dati emerge, sottolinea in una nota il governatore **Nichi Vendola**, come la Puglia sia la regione italiana con il tasso di mortalità grezzo più basso del Paese, con un valore di 83,7 per 1000 abitanti rispetto alla media nazionale di 94,6 (dati 2008).

La regione mostra anche dati relativi all'aspettativa di vita alla nascita migliori rispetto alla media, in particolare per il sesso maschile. È importante considerare - riporta la nota - che nel 2004 la Puglia si collocava al nono posto, mentre nel 2009 si collocava al secondo posto, dopo il Trentino Alto-Adige. Mentre i dati grezzi sono influenzati dalla diversa distribuzione d'età delle popolazioni delle varie regioni, i tassi standardizzati, che consentono confronti omogenei, indicano che nel 2008, per quanto riguarda i maschi, la Puglia si collocava al settimo po-

sto. Va inoltre rilevato che i tassi di mortalità per classi di età dal 2004 al 2009 evidenziano una discesa particolarmente sensibile nei maschi, a partire dalla quarta decade d'età.

Il tasso di persone che ha riportato di avere un tumore nel periodo 2004-2005 è inferiore al dato italiano, così come la percentuale di soggetti che consuma droghe. Sono invece più elevate le percentuali di fumatori di sesso maschile (ma non di sesso femminile) e di persone in sovrappeso in entrambi i sessi. I dati forniscono importanti informazioni per la valutazione comparativa dello stato di salute della popolazione pugliese rispetto ai valori nazionali e indicazioni per la definizione delle priorità di intervento delle strategie di prevenzione a livello individuale e collettivo.

Questi dati, insieme ai risultati del lavoro del Registro Tumori Puglia, ormai attivo in tutte le Asl pugliesi, e ai dati epidemiologici prodotti dalle istituzioni del sistema sanitario regionale, potranno contribuire - continua la nota - all'elaborazione delle direttrici di una programmazione sanitaria che sia pienamente rispondente ai bisogni di salute della popolazione.

Ieri, intanto, in consiglio regionale ha ricevuto un primo via libera dalla commissione Ambien-

te (quello definitivo ci sarà il 18) la proposta di legge «Norme a tutela della salute, dell'ambiente e del territorio sulle emissioni industriali inquinanti per le aree pugliesi già dichiarate ad elevato rischio ambientale». Il primo firmatario della pdl, **Alfredo Cervellera** (Sel), parla di «stringente emergenza ambientale che vive Taranto» e cita il parere sulla norma del direttore generale dell'Arpa, secondo il quale se fosse già stata approvata dal Consiglio si sarebbe potuto intervenire immediatamente con la Valutazione dell'Impatto Sanitario nei confronti dell'Ilva (senza dover attendere la revisione dell'Aia) per quanto riguarda l'emissione delle polveri sottili, che sono al centro della perizia consegnata alla Magistratura di Taranto. Inoltre, con la norma si determinerebbe la riduzione dei carichi inquinanti, con un conseguente miglioramento delle patologie riscontrate dall'inchiesta.



Il medico

Labianca: ora si apre un dilemma etico

A PAGINA 3

**L'intervista** Il presidente dei primari di **oncologia**: capire se le terapie sono davvero utili  
**Labianca: sulle cure sostenibili ora si apre un dilemma etico**

L'intervista a Roberto Labianca, 62 anni, primario del dipartimento di **Oncologia** ed Ematologia dell'ospedale Riuniti di Bergamo, inizia al contrario. È lui a fare la prima domanda: «Quante probabilità ha di funzionare un farmaco ad alto costo in quel singolo paziente? È una questione di livelli di evidenza scientifica e di rilevanza clinica».

È difficile dare una risposta per chi non è del mestiere.

«È un interrogativo complicato anche per i medici. Il tema da affrontare è la sostenibilità delle cure in un momento di ristrettezze economiche».

La provocazione che spesso viene lanciata sull'argomento è: se una cura ultracostosa ha la probabilità di funzionare in un caso su un milione vuol dire che economicamente non è sostenibile.

«Il problema è che qui è in gioco la vita dei malati. Così si apre anche un dilemma etico».

Ma com'è possibile arrivare a una soluzione della questione?

«È la sfida che, con i colleghi che fanno parte del nuovo gruppo di lavoro sull'appropriatezza dei farmaci ad alto costo, tenteremo di affrontare».

Il punto di partenza qual è?

«L'uso corretto di un farmaco, quella che gli addetti ai lavori chiamano appropriatezza, è già stabilito dalle schede dell'Agenzia italiana del farmaco

(Aifa), dalle linee guida della Rete oncologica lombarda (Rol) e di quella ematologica (Rel), nonché dal buon senso dei medici. I dati che abbiamo ci dicono che siamo sulla buona strada».

Qual è, allora, il lavoro da fare?

«Bisogna capire quando una cura non solo è appropriata, ma anche sostenibile. È il motivo per cui bisogna oggi più che mai tener presente quali benefici il malato ottiene e a che prezzo per la collettività».

Ma il ragionamento non rischia di diventare crudele?

«Ovviamente il benessere dei malati viene prima di tutto, e loro stessi saranno interpellati. Ma è importante capire la reale efficacia di una cura. Per esempio: che cosa è giusto fare se un farmaco ultracostoso può allungare la vita di un paziente di qualche mese, ma senza garantirgli la qualità di vita e con spese enormi per la società?».

L'intervista si conclude con un'altra domanda.

S. Rav.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Primario Roberto Labianca



SALUTE | **IL FARMACO DELLE MERAVIGLIE**

# Contro il cancro, un'aspirina al giorno



Lo dicono tre studi su oltre 77 mila persone: la piccola pillola bianca è in grado di allontanare il rischio di tumore. Perfetto, allora perché non prenderne una ogni mattina, giusto per cautela? Per ora i medici non si sbilanciano. Però un domani, forse, sarà proprio quel che si farà.

DI DANIELA MATTALIA

«**H**ai letto cosa che c'è scritto qua? Che se prendi l'aspirina non ti viene il cancro...». La faccenda è un po' più complessa di così, ovviamente. Ma, in estrema sintesi, sì: il farmaco più famoso al mondo, e uno dei più diffusi, non solo combatte il dolore, l'emicrania, il mal di denti, i sintomi dell'influenza, protegge dall'infarto e dall'ictus, ma si sta dimostrando anche in grado di allontanare il rischio di tumore. E non di poco.

La cosa non giunge del tutto nuova ai medici (si sa, in base a studi precedenti, che l'acido acetilsalicilico può prevenire il tumore al colon), però ciò che li ha sorpresi è quanto questa protezione sia importante. Gli effetti riguardano 11 diversi tipi di tumori e allontanano sia la comparsa della malattia sia la mortalità.

A stabilirlo non è una sola indagine, bensì tre studi pubblicati sulla rivista *Lancet*. Nel primo i ricercatori hanno analizzato i dossier clinici di oltre 77 mila pazienti europei (uomini e donne) inclusi in test sulla prevenzione cardiovascolare. Tra queste persone, trattate con aspirina, l'incidenza e la mortalità per cancro si sono rivelate inferiori rispetto al resto della popolazione. E i numeri paiono davvero sorprendenti: riduzione del 15 per cento del rischio di

morte per cancro in chi ha preso il farmaco per tre anni, e del 35 per cento in chi lo ha preso per cinque anni. E bastano tre anni di trattamento, anche a basse dosi (tra 75 e 100 milligrammi al giorno) per abbassare perfino il numero di casi di tumore: del 23 per cento.

Il secondo studio invece ha seguito l'evolversi di metastasi diagnosticate in quei pazienti cardiovascolari che, durante i cinque anni dell'indagine, si sono ammalati di tumore. In coloro che prendevano l'aspirina, l'eventualità di metastasi è scesa del 36 per cento.

Anche l'ultimo articolo ha confermato in pieno i benefici preventivi dell'umile pasticca bianca nei confronti delle metastasi.

Alberto Zanchetti, direttore scientifico dell'Istituto auxologico italiano, è uno dei medici che hanno condotto uno degli studi multicentrici pubblicati su *Lancet*. Negli anni scorsi, come precisa, i medici avevano già osservato che chi prende l'aspirina per la prevenzione cardiovascolare mostra, come effetto collaterale positivo, una mortalità minore per il tumore del colon. Ma, puntualizza, la spiegazione poteva essere anche un'altra: dal momento che l'aspirina provoca facilità di emorragie gastrointestinali, questo porta a maggiori controlli;

**L'uso comune**

Brevettata nel 1897 (e commercializzata dalla Bayer) viene usata per dolori articolari, sintomi dell'influenza, mal di testa, nevralgie.

**L'uso mirato**

Nei pazienti ad alto rischio di eventi cardio e cerebrovascolari viene utilizzata per prevenire il pericolo di ictus, trombosi, infarto.

**L'uso futuro?**

Potrebbe servire, in pazienti predisposti al tumore, per allontanare il rischio di insorgenza del cancro. O per ridurre la comparsa di metastasi.

facendo più esami si scopre per tempo un tumore al colon e la diagnosi precoce può allungare la vita. In questo modo l'aspirina farebbe da barriera contro la malattia ma per via indiretta, facendo squillare prima il campanello d'allarme. «Ora le evidenze che sia proprio l'aspirina in sé a prevenire il tumore diventano più pesanti» dice Zanchetti. «La protezione inizia a manifestarsi dopo circa tre anni, quando il rischio di complicanze o emorragie legate all'uso del farmaco si attenua, e riguarda quasi

tutti i tipi di tumori solidi: polmone, seno, pancreas, prostata, stomaco, colon...».

Come si spiega l'azione anticancro dell'acido acetilsalicilico? La parola chiave che unisce l'aspirina e il tumore è infiammazione. Il ruolo dell'infiammazione nella genesi di qualsiasi tipo di cancro è infatti essenziale: in ogni tumore ci sono cellule infiammatorie (i macrofagi) che anziché agire da difensori, come dovrebbero visto che è il loro mestiere, aiutano il cancro a crescere. Combattere l'infiammazione significa frenare le cellule cancerose.

«Queste scoperte sul ruolo dell'aspirina confermano che colpire il tumore non basta, è necessario colpire il microambiente in cui cresce, la sua nicchia ecologica» riflette Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'Istituto Humanitas di Rozzano e docente all'Università di Milano (è stato grazie ai suoi studi, negli anni 70, che si è individuato il ruolo dell'infiammazione nel cancro). «È la prima lezione che ne possiamo trarre. La seconda è che la ricerca clinica indipendente, come questa,

è fondamentale, va preservata. Pur senza demonizzare le case farmaceutiche. A questi studi, per esempio, è stata riservata un'attenzione relativamente modesta proprio perché non erano sponsorizzati».

A questo punto la tentazione di iniziare a prendere l'aspirina tutti i giorni (non si mai, un domani...) è forte. Perché no, se fa così bene? Di fronte alla domanda, gli esperti sono cauti, ma non perentori. Secondo Mantovani, per l'uso di massa anticancro dell'aspirina è troppo presto, meglio aspettare ulteriori studi mirati esclusivamente sul tumore (e non sulla prevenzione car-

diovascolare, come in questo caso). «Non dimentichiamo che può dare ulcere ed emorragie gastrointestinali» ricorda. «Però quando prendo l'aspirina per il mal di testa penso sempre che in questo modo avrò un vantaggio aggiuntivo».

E scegliere l'aspirina pediatrica (più leggera) per proteggersi dal cancro non può essere una buona idea? Non è dimostrato che a dosi così basse, 50 milligrammi, la protezione antitumore ci sia ancora: nelle sperimentazioni, la dose andava dai 75 ai 100 milligrammi quotidiani. Più possibilista Zanchetti: «Io, da cardiologo, do l'aspirina ai pazienti ad alto rischio per il cuore perché

la sua assunzione ha benefici importanti e supera l'eventuale pericolo di emorragie. Finora per il tumore non c'era questo rapporto rischio-beneficio, ma adesso occorre ripensare la discussione. Una protezione del 15-20 per cento non è affatto trascurabile».

Nel concreto, riflette Zanchetti, se una persona è predisposta al tumore, e nel contempo non ha rischi gastrointestinali accertati, forse potrebbe

decidere, insieme a un medico, di iniziare a prendere un'aspirina quotidiana (oltre a smettere di fumare). Nel frattempo c'è chi non ha aspettato neppure un giorno per cavalcare i risultati degli studi su Lancet. Sul *New York Times* una pubblicità recita: «Aspirin linked to cancer prevention according to new study» (l'aspirina legata alla prevenzione del cancro, secondo un nuovo studio). E indica, in fondo alla pagina, il sito di *Lancet* dove sono pubblicati gli studi. Per chi volesse approfondire: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Poi, dopo avere letto tutto, si può passare dal medico e parlarne con lui. ■



Sul «New York Times» non hanno aspettato: la pubblicità di un'aspirina ne decanta le virtù anticancro.

**fra 75 e 100 milligrammi la dose quotidiana protettiva**



Dall'Alta autorità francese della salute. I dubbi degli urologi

# Cancro della prostata, accertamenti contestati

**P**iù di un urologo strabuzzerà gli occhi leggendo questa notizia.

Secondo la francese Haute Autorité de santé, «il vantaggio di individuare il cancro della prostata attraverso il dosaggio del Psa (l'antigene specifico prostatico) non è dimostrato, nemmeno per gli uomini che presentano fattori di rischio».

Certo era noto che la Has non fosse favorevole allo screening presso la popolazione generale. Ma il rapporto reso pubblico ieri rafforza la posizione dell'autorità sanitaria francese, affermando che non vi è alcun interesse nel proporre lo screening sistematicamente a uomini che non presentano alcun sintomo, con il solo pretesto che appartengono a gruppi a rischio.

Se gli ultimi risultati dello studio europeo Erspc pubblicati lo scorso 15 marzo sul *New England Journal of Medicine*, indicano, grazie al depistaggio presso la popolazione generale, una riduzione della mortalità di circa il 40%, un altro studio, questa volta americano, nel 2009 non aveva mostrato benefici dallo screening.

Altro pomo della discordia è il fatto che si conoscano alcuni fattori suscettibili di aumentare il rischio di cancro della prostata. L'età, per esempio. Si sa che il rischio di avere questo tipo di tumore prima dei 50 anni è molto basso. O la storia familiare: il rischio è più che raddoppiato in caso di cancro della prostata presso un parente di primo grado (padre o fratello). Inoltre si osserva un rischio accresciuto per gli uomini di origine africana.

Secondo il presidente della Has, Jean-Luc Harousseau, «non basta dire che vi è una frequenza potenzialmente accresciuta di cancro della prostata in una data popolazione per affermare che il depistaggio presenta un vantaggio». Quest'ultimo «avrebbe un interesse se mostrasse una diminuzione della mortalità nel sottogruppo che presenta fattori di rischio».

«Statisticamente la Has ha ragione», sottolinea un urologo parigino, che però aggiunge: «Io che ho conosciuto l'era pre-Psa con il mio studio pieno di pazienti con metastasi e dolori incredibili, non ho nessuna voglia di tornare indietro».

Harousseau spiega però che vi sono forme a evoluzione lenta e «in questo caso non vi è interesse a trattarle».

Difficile, se non impossibile, distinguere a colpo sicuro un cancro a evoluzione lenta da uno più aggressivo.

— © Riproduzione riservata —



## RICERCA

**UNO SCIENZIATO ITALIANO VINCE  
LA GUERRA ALL'INFLUENZA**

Che trasformisti, questi virus dell'influenza. Entrano nell'organismo mimetizzandosi così bene da inibire la voglia di ricacciarli. Qualcuno però non se l'è bevuta. «Ci siamo chiesti: chi trarrebbe più vantaggi dalla mimesi molecolare? I virus, sicuramente, i quali, tentando di emulare la funzione della proteina, ricreano la stessa immagine molecolare», dice Ivan Marazzi - 35enne pavese, dal 2006 ricercatore alla Rockefeller University di New York -, autore dello studio pubblicato in questi giorni sulla rivista scientifica *Nature*.

**Individuato il trucco, è guerra aperta all'influenza?**

«Il virus dell'influenza, nonostante il proprio dominio sia lo stesso da vent'anni, riesce a inibire le proteine travestendosi da interruttore molecolare. Finora le ricerche sono state orientate direttamente sull'interruttore, col rischio di toccare, modificandolo, il Dna. Noi, invece, guidati dal professor Alexander Tarakhovsky, siamo riusciti a condizionare la mano

che muove quell'interruttore. La guerra all'influenza? La ricerca è applicabile sia nelle terapie virali sia nei casi di tumori importanti, come quello al cervello».

**Dallo studio al farmaco: ci sarà da attendere?**

«Il primo passo si è avuto tre anni fa, con la realizzazione del farmaco epigenetico, che non modifica la sequenza del Dna, utilizzato per alcuni esperimenti chimici condotti con successo. Attualmente stiamo lavorando alla realizzazione di un farmaco inibitore dei virus

influenzali».

**Nostalgia dell'Italia o ricette segrete per la ricerca scientifica nel nostro Paese?**

«Prima di New York, vivendo tra Nicaragua e Honduras, ho incontrato ragazzi ai quali è impedito l'accesso allo studio.

Così ho capito quanto sono fortunato. Ma fino a un certo punto. Certo, oggi guadagno 4.500 euro al mese, ma se fossi in Italia a stento supererei i mille».

Pe. Aq.





L'editoriale  
dei  
lettori

## GIOVANI E RICERCA

PIERGIORGIO STRATA

**I**l 26 marzo a pagina 20 di *La Stampa* si titolava «Affossata la legge che aiuta i giovani ricercatori». Si legge «...cancellato un provvedimento inserito nella finanziaria 2007 che assegnava il 10% dei fondi nazionali per la ricerca secondo un criterio comune nei paesi anglosassoni ma inedito in Italia: la *peer review*, la valutazione tra pari». Il Sen. Marino, promotore dell'iniziativa nel Governo Prodi, ha ribadito in questi giorni sui media che l'iniziativa è stata cancellata dal dl sulle semplificazioni.

Pochi minuti fa il decreto è stato approvato dal Governo Monti e nell'articolo 31 si legge: «Una percentuale del 10% del Fondo Investimenti per la Ricerca Scientifica e Tecnologica... omissis... è destinata a interventi in favore di giovani ricercatori di età inferiore a 40 anni, secondo procedure stabilite con decreto MIUR». Quindi non vi è stata cancellazione del progetto giovani che è già bandito, ma un cambiamento nella gestione della valutazione, necessaria dopo il 15 giugno. Il Ministro Profumo presenterà entro un mese le nuove norme.

La novità proposta dal Sen. Marino consisteva nel far giudicare ai giovani i progetti dei giovani e questa parità sarebbe alla base della sua *peer review* (revisione tra pari) che sarebbe molto diffusa al mondo e non in Italia. Mentre è vero che è diffusissima al mondo, e lo è anche in Italia, non risulta molto diffusa la procedura di giovani che giudicano i giovani. Nel mondo il significato di *peer review* è quello di «parità di sapere». I progetti giovani gestiti dal Ministero della Salute e dal Ministero della Ricerca solo apparentemente sono stati giudicati dai giovani. Infatti, la sezione dello NIH al quale l'ex-Ministro Fazio si è affidato, consisteva di 15 giovani che di fronte a 3000 progetti hanno dovuto fare affidamento su 9000 revisori senza discriminazione di età. Così è avvenuto per i progetti gestiti dal Ministero della Ricerca. Sono d'accordo con il Ministro Profumo che questo sistema non può funzionare e il nuovo bando giovani emanato il 12/1 ha già subito cambiamenti. Ma ve ne sono altri da fare anche per gli altri progetti.

**Presidente Istituto Nazionale di Neuroscienze  
Prof. Emerito di Neurofisiologia Università di Torino**

