

NEGRI NEWS 143

MENSILE DELL'ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI
www.marionegri.it

RICERCA SCIENTIFICA

Fondi, lo Stato ha un "ritorno"

Senza ricerca scientifica non c'è grande speranza di alimentare innovazione e sviluppo di prodotti ad alto valore aggiunto, gli unici in grado di garantire un futuro ai Paesi industrializzati alle prese con la agguerrita concorrenza dei Paesi emergenti. I numeri e le performance dei "poveri" ricercatori italiani. Cifre alla mano, il caso del Mario Negri che di imposte paga allo Stato di più di quanto riceve per contratti e contributi dalle varie Amministrazioni pubbliche.

Ferve la discussione sulla necessità di potenziare la ricerca scientifica in Italia per alimentare, nel lungo termine, l'innovazione e lo sviluppo di prodotti ad alto valore aggiunto, unica opportunità per mantenere un ruolo nei Paesi industrializzati a fronte della competizione da parte dei Paesi emergenti.

La discussione è focalizzata in modo predominante sull'insufficienza delle risorse (1% del PIL a fronte del 2% della media dei 15 Paesi europei) dovuto in gran parte allo scarso contributo apportato dalla ricerca privata determinato probabilmente dalla mancanza di grandi imprese.

Il numero dei ricercatori è troppo basso (2,7 per 1000 lavoratori a fronte di 5,1 della media dell'Europa dei 15) e molto basso è anche il numero dei giovani studiosi stranieri che vengono in Italia (1,4% dei ricercatori rispetto al 15% del Regno Unito).

Con queste premesse non è sorprendente che l'Italia figuri come il fanalino di coda per una serie di parametri fra cui è molto significativo quello della esportazione ad alto contenuto tecnologico rispetto al totale delle esportazioni: 8,5% rispetto al 19,8% della media dei 15 Paesi europei.

Pochi ma buoni

Tuttavia di fronte a tanti parametri negativi è poco conosciuto un aspetto positivo della ricerca italiana.

Se si analizzano le pubblicazioni e le citazioni delle pubblicazioni più citate (il primo percentile) i ricercatori italiani sono in buona posizione.

Infatti tali parametri rapportati al singolo ricercatore determinano la terza posizione dell'Italia dopo Regno Unito e Canada. In altre parole il contributo totale dell'Italia è globalmente scarso perché abbiamo pochi ricercatori, ma la produttività di una parte dei ricercatori è buona.

La migliore performance è data dai matematici e dai fisici seguiti a ruota - inaspettatamente - dai ricercatori clinici mentre seguono a varie distanze i ricer-

catori pre-clinici, i biologi ed i ricercatori dell'ambiente.

Varrebbe quindi la pena di finanziare preferenzialmente una parte dei ricercatori italiani, quelli che riescono a raggiungere buoni livelli.

Anche questi ricercatori sono tuttavia a rischio perché il nostro finanziamento pubblico non solo è scarso, ma assolutamente imprevedibile.

Ad esempio in base al Piano Nazionale di Ricerca del MIUR approvato dal CIPE nel 2002 erano previsti investimenti aggiuntivi di 1495 e 2555 milioni di euro rispettivamente per il 2003 ed il 2004 con un considerevole aumento dell'occupazione. In realtà si è trattato di numeri che sono rimasti sulla carta.

Lento pede

Il FIRB (Fondo per la ricerca di base) in campo biomedico era di 350 milioni di euro per il triennio 2001-2003, nel 2004 è divenuto di 89 milioni di euro.

Tuttavia il FIRB 2001-2003 ha "camminato" con ritmi molto lenti; basti ricordare che la presentazione delle domande è stata fissata al 15 ottobre 2001, l'istruttoria è terminata un anno dopo e gli anticipi sono arrivati a metà del 2003.

In questo modo i fondi che dovevano servire per il triennio 2001-2003 sono ancora per più del 50% nelle casse dello Stato al settembre del 2004.

È chiaro che con questi ritardi è impossibile programmare il bilancio di qualsiasi istituzione.

Un'affermazione fatta frequentemente dai politici è che in fondo lo Stato non spende molto meno degli altri Paesi europei, essendo la differenza più importante determinata dalla carenza della spesa privata.

In realtà non è così perché piccole differenze rispetto al PIL comportano somme importanti: ad esempio se l'Italia spendesse come la Francia denaro pubblico per la ricerca pari allo 0,83% del PIL, i ricercatori italiani avrebbero a disposizione la non trascurabile cifra di 2,8 miliardi di euro in più.

Va anche ricordato che lo Stato non tiene conto dei ritorni che ottiene spendendo soldi per la ricerca.

Ad esempio si può calcolare che un contratto di ricerca di 50.000 euro, essendo comprensivo di IVA, determina un ritorno allo Stato di almeno 8.000 euro per tasse sui compensi al personale e per IVA indebitabile.

I conti in tasca

Non si deve dimenticare che lo Stato tassa le borse di studio come qualsiasi salario ignorando il fatto che si tratta di un sostegno alla formazione e che la maggioranza delle borse di studio deriva da forme di liberalità privata.

Inoltre, se si valuta il bilancio complessivo di un ente di ricerca, è possibile che i contributi dello Stato si traducano in un guadagno per lo Stato.

Il bilancio del 2003 dell'Istituto Mario Negri di Milano mostra che, a fronte di contratti e contributi ricevuti dalle varie amministrazioni pubbliche per 2.864.164 euro, sono stati versati allo Stato sotto forma di imposte (IRPEF, IRPEG, IRAP, IVA, ecc.) complessivamente 3.158.036 euro.

Sostenere anche solo una parte del bilancio di un Ente di ricerca può divenire un affare per lo Stato!

Se mettiamo insieme tutti questi dati appare chiaro che la spesa per la ricerca sostenuta dallo Stato non è quella dichiarata nei documenti ufficiali: di fatto è molto inferiore.

SILVIO GARATTINI
(Il Sole 24 Ore, 18/09/2004)

L'ISTITUTO DI RICERCHE
FARMACOLOGICHE "MARIO NEGRI"

porge i migliori auguri per un felice 2005

ai lettori, agli amici, ai sostenitori che seguono con interesse e fiducia la sua attività di ricerca

Prima regola: vietato strafare

I medici sbagliano e commettono errori come tutti gli altri. Le prime due buone regole per ridurre drasticamente le possibilità di errori dovrebbero essere quelle di limitarsi a curare chi è veramente malato e per le malattie per le quali c'è forte evidenza scientifica di cure efficaci. Non è sempre così, invece. Le tante componenti in gioco quando c'è di mezzo una malattia. La medicina ha fatto passi enormi ma i limiti restano sotto gli occhi di tutti.

Betsy Lehman, inviata di *Boston Globe*, è morta di una dose eccessiva di chemioterapia. Aveva un tumore al seno.

La curavano i migliori medici, in un grande ospedale americano, il Dana-Farber che fa parte della scuola di medicina di Harvard, la migliore di tutte.

Il caso ha fatto il giro del mondo (e quando è successo, nel 1994, tutta l'America parlava degli errori in medicina).

È vero, i medici sbagliano, come tutti gli altri, né più né meno e non potrebbe essere diversamente dato che all'università gli si chiede di studiare, per sei anni di fila, ma nessuno gli chiede mai di avere doti speciali (come si richiede invece ai piloti di elicottero).

Ma quanto sbagliano i medici?

Gli errori dei medici

Due studi, uno fatto in Colorado ed uno a New York, hanno fatto vedere che il due per cento degli ammalati ricoverati in ospedale sono vittima di errori medici.

Se uno considera che negli Stati Uniti le persone ricoverate in ospedale sono ogni anno poco più di trenta milioni si può stimare che ogni anno muoiano tra 40.000 e 90.000 persone per errori medici.

Ma questi dati non sono certamente precisi e vanno presi con grande cautela. E in Italia?

Nessuno sa davvero quanti ammalati muoiano ogni anno per errori medici.

Non lo sanno nemmeno le assicurazioni. Ma per quanto si può dedurre da piccoli studi la frequenza di errori medici in Italia (e in Europa) non dovrebbe essere lontana da quanto è stato visto negli Stati Uniti.

Là in un anno muoiono quasi certamente più persone di errori medici che non di incidenti in moto o di tumore al seno o di AIDS.

Un dato abbastanza sicuro è che muoiono più persone di errori medici che di incidenti aerei.

Ma l'aviazione ha fatto enormi sforzi per individuare gli errori e mettere in atto delle tecniche che rendano impossibile o più difficile sbagliare.

I sistemi sanitari no.

In più c'è la tendenza a non affrontare quasi mai in modo aperto e senza ipocrisia il problema degli errori in medicina. Cosa si può fare?

Intanto limitarsi a curare chi è veramente malato. E per le malattie per cui c'è una forte evidenza scientifica che ci siano cure efficaci.

Se ci si attendesse, tutti, a questo sempli-

ce principio il numero di errori in medicina si ridurrebbe drasticamente.

Tutte le procedure, dall'anestesia a qualunque procedura chirurgica, hanno un rischio anche nelle mani più esperte.

Il punto è sempre e solo se il gioco vale la candela.

Sottoporre a chirurgia delle coronarie un sessantenne con una indicazione precisa (è il caso recente dell'ex Presidente Bill Clinton) vale la pena.

Ma c'è il caso che si faccia chirurgia delle coronarie a una donna di 85 anni che non ha disturbi e che forse sarebbe vissuta benissimo per gli anni che le restavano da vivere se qualche parente premuroso o qualche medico troppo zelante non le avesse fatto fare una lastra di troppo.

Così invece è stata operata, è venuta un'embolia polmonare e poi l'insufficienza renale.

È un errore?

In medicina è certamente sbagliato strafare.

E poi non sempre tutto quello che si fa è nell'interesse del malato.

Ci sono tanti altri interessi.

Meriti e limiti

Resta il fatto che sbagliare è umano ("To err is human": è il titolo del rapporto del 1999 dell'Istituto di Medicina di Washington sugli errori in medicina).

Ma quello degli errori non è un problema solo dei medici e di chi dirige gli Ospedali e di chi governa la sanità.

C'entra anche l'industria dei farmaci.

Una percentuale altissima dei morti dei cosiddetti errori medici muore a causa di reazioni avverse da farmaci.

È perché certe volte i farmaci vengono messi sul mercato con qualche dimostrazione di efficacia, ma senza sufficiente documentazione sui possibili effetti negativi.

E c'entrano persino gli ammalati che sempre di più vorrebbero tutti l'ultimo ritrovato, l'ultimo esame, l'ultimo farmaco, l'immortalità (se fosse possibile).

È sbagliato.

La medicina negli ultimi cinquant'anni ha fatto passi avanti enormi che sono sotto gli occhi di tutti, ma purtroppo (o per fortuna) sono sotto gli occhi di tutti anche i suoi limiti.

Senza contare che, ancora oggi, la malattia e la morte fanno ancora parte dell'essere nati.

GIUSEPPE REMUZZI
(*Corriere della Sera*, 18/09/2004)

Troppi farmaci e molti di dubbia efficacia

Il 30 novembre a Roma presso la Sala Cenacolo della Camera dei Deputati è stato presentato il terzo Rapporto ARNO sulle prescrizioni dei farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale ai bambini italiani non ricoverati in ospedale.

Da oltre cinque anni un milione di bambini e adolescenti, e le rispettive famiglie, costituiscono la popolazione del Progetto ARNO-Pediatria (unico, per dimensioni e durata, a livello nazionale e internazionale), nato grazie alla collaborazione tra l'Istituto Mario Negri di Milano e il CINECA di Bologna.

L'iniziativa rientra nel più ampio Progetto ARNO di monitoraggio on-line delle prescrizioni farmaceutiche, attivo presso il CINECA dal 1986.

Questi i risultati e le indicazioni principali evidenziati dal terzo Rapporto.

- La conferma che la quasi totalità dei contatti tra un medico e un bambino termina con una prescrizione di farmaci: ai rimborsabili dal SSN vanno aggiunti anche quelli a carico della famiglia.

- Che la maggior parte dei farmaci prescritti sono per le comuni affezioni dell'infanzia, molte delle quali non necessiterebbero di immediato trattamento farmacologico.

- Che sebbene 20 farmaci siano sufficienti per rispondere all'81% dei bisogni terapeutici dei bambini ne vengono invece utilizzati 645 per un totale di 2.813 specialità farmacologiche.

- Che molti di questi farmaci sono esclusivi del mercato italiano (non ci sono in altri Paesi)

- E che almeno un terzo di essi sono i cosiddetti off-label, farmaci la cui efficacia e sicurezza nei bambini non è documentata con prove di evidenza.

L'uso di psicofarmaci

Ma i nuovi risultati più importanti e preoccupanti sono rappresentati dall'aumentato uso degli psicofarmaci.

Tre minori ogni mille (per un totale di circa trentamila in Italia) risultano in terapia con psicofarmaci, in particolare con gli antidepressivi specifici che bloccano la ricaptazione della serotonina (SSRIs) che non hanno la licenza d'uso per l'età pediatrica.

La prevalenza maggiore è per le adolescenti di 14-17 anni: pari all'1%.

Si tratta di prevalenze d'uso ancora lontane da quelle documentate per gli Stati Uniti e il Canada, ma di poco inferiori a quelle olandesi.

Sicuramente preoccupanti se si considera che le prescrizioni di antidepressivi nei bambini italiani sono triplicate nel corso degli ultimi cinque anni.

MAURIZIO BONATI
IRFMN Milano

MARISA DE ROSA
CINECA Bologna

I progressi nelle diagnosi e nelle terapie dei tumori

L'European Journal of Cancer ha pubblicato il volume a cura di Maurizio D'Incalci (Istituto Mario Negri) e Renato Dulbecco (Premio Nobel) che analizza e documenta i cambiamenti più recenti nella ricerca e nella cura dei tumori. I progressi avvenuti dopo il completamento del Progetto Genoma. Le nuove tecniche di biologia molecolare. Dalle scoperte in laboratorio alla validazione clinica dell'impatto dei nuovi approcci sperimentali nella pratica oncologica.

L'European Journal of Cancer ha pubblicato un numero speciale dal titolo: "Gene transcription and Cancer, from Genome Project to Practical Achievement in Diagnosis and Therapy" editors Maurizio D'Incalci e Renato Dulbecco.

È indubbio che i progressi avvenuti in questi ultimi anni particolarmente dopo il completamento del Progetto Genoma hanno radicalmente trasformato la ricerca sul cancro e hanno offerto nuove prospettive per la diagnosi e la terapia dei tumori.

Lo scopo di questo volume è proprio quello di illustrare i più importanti e recenti cambiamenti che stanno avvenendo in questo settore, cambiamenti che hanno potuto determinarsi grazie ai rapidi e significativi progressi avvenuti negli ultimi anni nel campo della biologia molecolare e degli straordinari sviluppi tecnologici ottenuti in molte discipline dalla proteomica alla bioinformatica.

In particolare l'applicazione delle nuove tecnologie di biologia molecolare sta migliorando la precisione della diagnosi del tumore permettendo di conoscere quelle peculiarità che lo rendono diverso dagli altri. Il che in futuro porterà alla possibilità di applicare ai pazienti non una terapia standard uguale per tutti, bensì una terapia mirata che tenga conto sia delle caratteristiche biologiche di ciascun tumore che della variabilità genetica dei singoli individui.

Ciò è già avvenuto per alcuni tumori ben caratterizzati in termini di patogenesi a livello molecolare, come per esempio la leucemia mieloide cronica, non solo per quanto concerne lo sviluppo di particolari mezzi diagnostici ma anche per l'identificazione di terapie selettive ed efficaci.

Purtroppo la patogenesi molecolare di molti tumori solidi umani sembra essere molto più complessa di quella delle leucemie e non ancora completamente chiarita. Da qui la necessità di un grande sforzo collaborativo che veda impegnati i ricercatori clinici accanto agli esperti di differenti discipline quali biologi, chimici, bioinformatici, fisici, ecc.

In questa pubblicazione sono raccolti i contributi di ricercatori particolarmente impegnati in questo settore. Reviews di grande interesse nelle quali vengono presentati risultati molto recenti ma che permettono di poter prospettare una concreta applicazione clinica.

Dagli studi sul profilo di espressione genica riportati da P.A. Clarke et al. del Royal Marsden di Londra, agli esempi dell'impiego di tecniche per valutare la diversità delle proteine dei tumori illustrati da A.V. Rapkiewicz et al. e da J. Wulfkühle et al.



del National Cancer Institute americano ai nuovi approcci terapeutici derivanti dallo studio del ciclo cellulare messi a punto da M. Brogginì e G. Damia del Dipartimento di Oncologia del "Mario Negri" di Milano e da E. Sausville e S.L. Holbeck del National Cancer Institute americano. È importante sottolineare, come ben chiariscono D'Incalci e Dulbecco nella prefazione, che numerosi di questi approcci sperimentali molto interessanti dal punto di vista scientifico mancano a tutt'oggi di una rigorosa validazione e necessitano quindi di una approfondita ricerca clinica che valuti adeguatamente il loro impatto nella pratica oncologica.

Tuttavia essi si dichiarano convinti che alcune delle scoperte fatte in laboratorio qui presentate porteranno in tempi non lontani ad un reale miglioramento della diagnosi e della terapia dei tumori con un impatto rilevante nell'aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie tumorali.

Per migliorare l'utilizzo dei farmaci

Per cercare di favorire un migliore e più razionale utilizzo dei farmaci, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Regione Lombardia hanno firmato un importante accordo per un progetto di ricerca che coinvolgerà la ASL e l'azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo. Il progetto rappresenta un'espansione delle attività dell'Istituto Mario Negri che, fin dalla sua origine, si è posto come filtro critico di fronte a una tendenza farmacocentrica della medicina.

L'impiego di farmaci ha sempre un risvolto di tipo tossico che deve essere confrontato con i possibili benefici.

L'assunzione di farmaci per indicazioni che non abbiano una solida base scientifica espone i pazienti a subirne solo effetti collaterali senza vantaggi terapeutici.

Proprio in questi ultimi anni si sono registrati casi di farmaci ritirati dal commercio a causa della loro tossicità.

Il progetto sarà attuato nel Comune di Bergamo e durerà per 24 mesi con le caratteristiche di un progetto pilota.

Si articolerà in una serie di interventi su medici, operatori sanitari e cittadini per aumentare le conoscenze degli effetti tossici dei farmaci che normalmente ricevono poca attenzione da parte dei mass media.

Il progetto ha essenzialmente fini culturali e non intende occuparsi degli aspetti economici o del contenimento della spesa farmaceutica.

La Regione Lombardia e l'Istituto Mario Negri condividono l'idea che un trattamento farmacologico ottimale basato sull'evidenza rappresenti la miglior garanzia anche per una razionale utilizzazione delle risorse disponibili.

NEGRI NEWS, IL GIORNALE CHE VORRESTE

L'attività dell'Istituto "Mario Negri" è iniziata nel 1963. Durante questi 40 anni molte cose sono ovviamente cambiate. Dal personale passato da 22 a 485 unità alla struttura organizzativa che vede ora 35 Laboratori (erano 5 all'inizio) suddivisi in 6 Dipartimenti operativamente indipendenti. Si sono aperte sul territorio nuove sedi: i Laboratori Negri Bergamo (Bg), il Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare "Aldo e Cele Daccò" a Ranica (Bg) ed il Consorzio Mario Negri Sud a S. Maria Imbaro (Ch). Il personale che opera ad oggi in tutti le sedi di Mario Negri ammonta complessivamente a 876 persone. Cambiati sono i metodi e gli approcci sperimentali che hanno seguito e in molti casi percorso il naturale evolversi della metodologia scientifica.

Cambiati anche i campi di interesse che hanno visto, accanto alle iniziali ricerche sul sistema nervoso centrale, sul sistema cardiovascolare, sul cancro, un grande sviluppo nell'epidemiologia, immunologia, proteomica e genomica, malattie renali, malattie rare. Questo fervore ha portato ad un'importante produzione di lavori scientifici che assommano ad oggi a oltre 9.000 ed ha contribuito a cambiare il peso dell'Istituto nell'ambito scientifico nazionale ed internazionale.

Il *Negri News* no. Il *Negri News* non è cambiato: stessa testata, stessa impaginazione, stessi colori, stesso numero di pagine.

Dal primo numero uscito nell'aprile del 1981 esso ha rappresentato il mezzo per portare con semplicità ma con chiarezza la voce dell'Istituto nelle case degli amici, dei colleghi, dei sostenitori, di tutti coloro che devolvendo un contributo, anche una sola volta, hanno inteso testimoniare la loro fiducia nella nostra attività. Il *Negri News* ha una tiratura di 35.500 copie e viene distribuito praticamente su tutto il territorio nazionale.

Abbiamo allegato a questo numero un questionario al quale ci permettiamo di chiedervi di rispondere con molta sincerità e franchezza. Dopo tanto tempo ci pare giusto rivolgerci ai nostri lettori per avere un loro giudizio e per raccogliere i loro suggerimenti.

Questo servirà a migliorarci nell'intento di raggiungere un sempre maggior indice di gradimento e di contribuire sempre di più, anche attraverso questo mezzo, alla divulgazione dell'informazione biomedica che rappresenta uno dei fini della nostra attività.

ARMANDA JORI

PIZZA E RISCHIO DI INFARTO MIocardico ACUTO

Dopo la pubblicazione nel 2003 dei risultati di uno studio che mostravano come la pizza fosse un indicatore favorevole del rischio dei tumori dell'apparato digerente, in particolare quelli del grosso intestino, abbiamo studiato l'associazione tra consumo di pizza e rischio di malattie cardiovascolari analizzando i dati provenienti da uno studio caso-controllo condotto a Milano tra il 1995 e il 1999 su più di 500 casi con infarto miocardico acuto e un numero comparabile di controlli ospedalieri.

Abbiamo trovato un rischio relativo di 0.78 per consumatori di pizza occasionali, 0.62 per consumatori regolari e 0.44 per consumatori frequenti.

La pizza appare dunque avere un effetto favorevole sul rischio di infarto.

I presenti risultati sono (almeno in parte) spiegati dal fatto che la pizza potrebbe rappresentare un indicatore generico della dieta italiana che, come le altre diete mediterranee, è stata vista avere un effetto favorevole sul rischio di malattie cardiovascolari. (Eur J Clin Nutr. 2004; 58: 1543-6).

LICOPENE, ALTRI ANTIOSSIDANTI E RISCHIO DI CANCRO

Una serie di studi epidemiologici condotti in Italia negli ultimi 20 anni ha sistematicamente indicato che i soggetti con più elevato consumo di verdura e frutta presentano un rischio ridotto di sviluppare molti tumori epiteliali comuni.

Questi risultati sono alla base delle indicazioni del Codice Europeo contro il cancro di aumentare il consumo di verdura e frutta.

Il trasferimento di questi risultati a specifici micronutrienti è tuttavia insidioso.

Il licopene, un carotenoide con attività antiossidante contenuto essenzialmente nei pomodori, è stato ampiamente studiato poiché sulla base di studi americani era stata suggerita una sua azione favorevole sul rischio di tumore della prostata.

I dati italiani hanno indicato un effetto favorevole del consumo di pomodori – e di conseguenza di licopene – su diversi tumori del tratto digerente ma non della prostata, della mammella o dell'ovaio.

Effetti analoghi si erano osservati anche per il beta-carotene, un altro carotenoide con azione antiossidante.

Ciò conferma le difficoltà a separare il ruolo di diversi micronutrienti nella dieta.

I BENEFICI DI UN TOTALE DIVIETO DI FUMO NEI LUOGHI DI LAVORO

Un bando totale del fumo nei luoghi di lavoro negli Stati Uniti eviterebbe nel primo anno 1.540 infarti (630 nei fumatori, 910 nei non fumatori o fumatori passivi) e 480 morti per infarto, oltre a 360 ictus e 130 morti per ictus.

A 7 anni, gli infarti evitati sarebbero 6.250, e i morti evitati 1.960. Il 60% di tutti gli infarti evitati sarebbero nei non fumatori. Sarebbero inoltre evitati 1.270 ictus e 460 decessi per ictus.

In termini economici ciò corrisponderebbe a un totale di 224 milioni di dollari



risparmiati per le sole patologie evitate. Di essi, circa 50 milioni sarebbero risparmiati nel primo anno.

Vi sarebbero inoltre 1.3 milioni di lavoratori che smettono di fumare, e 950 milioni di pacchetti di sigarette sarebbero fumate in meno ogni anno, con una riduzione di vendite corrispondente a 2.3 miliardi di dollari.

Questi sono i risultati di uno studio di Michael Ong e Stanton Glantz, recentemente pubblicato sull'*American Journal of Medicine*.

Il modello americano costituisce comunque un ulteriore supporto per una rapida adozione dell'abolizione totale del fumo in tutti i luoghi di lavoro anche in Italia. (Am J Med 2004; 117: 32-38).

FLAVONOIDI, VITAMINA C E TUMORE DELLO STOMACO

Il cancro allo stomaco è stato il tumore più comune fino agli anni '70 in Italia, ma la sua incidenza e mortalità sono diminuite di oltre il 70% e in molti Paesi sviluppati il tumore dello stomaco è oggi una neoplasia relativamente scarsa.

Le ragioni di questo inatteso successo sono diverse e non del tutto comprese.

Senza dubbio esse includono una dieta ricca e varia e in poche parole migliore rispetto al passato, contrariamente a quanto spesso si crede.

Vi è inoltre una migliore conservazione degli alimenti, soprattutto grazie alla refrigerazione.

Un ruolo favorevole sul rischio di tumore dello stomaco è stato generalmente attribuito agli agrumi e al loro contenuto di vitamina C.

Tuttavia la somministrazione di vitamina C non ha mostrato effetti favorevoli sul rischio di tumore dello stomaco.

Un recente studio condotto in Grecia ha suggerito che la protezione sarebbe dovuta ai flavonoidi, un'altra categoria di sostanze contenute in agrumi e altri vegetali.

In particolare un elevato consumo di flavonone sarebbe associato a una riduzione di oltre il 50% del rischio di tumore dello stomaco che persiste dopo aver tenuto conto del possibile ruolo della vitamina C, mentre l'effetto favorevole della vitamina C sarebbe spiegabile con quello dei flavonoidi (Lagiou et al., 2004; 15: 67-72).

DIETA MEDITERRANEA E TUMORI

Il ruolo della dieta mediterranea sul rischio di cancro è stato sistematicamente rivisto sulla base dei dati raccolti dal 1983 in poi su oltre 12.000 casi di 20 tumori comuni e 10.000 soggetti di controllo.

Il messaggio principale di questo insieme di dati è che una dieta a basso rischio di

cancro nella popolazione mediterranea implica un aumento del consumo di frutta e verdura oltre ad evitare di aumentare i consumi di carne e carboidrati raffinati.

Inoltre i grassi insaturi e in particolare l'olio di oliva, che è l'aspetto più tipico della dieta mediterranea, dovrebbero essere preferiti ai grassi saturi (La Vecchia. Mediterranean diet and cancer. Public Health Nutrition 2004; 7: 965-968).

BENEFICI E RISCHI DEI CONTRACCETTIVI ORALI SUL CANCRO

I contraccettivi orali proteggono dal rischio di tumore dell'ovaio e dell'endometrio (corpo dell'utero).

Questo è uno dei risultati epidemiologici più coerenti e uno dei migliori esempi di intervento di chemioprevenzione a larga scala a livello di popolazione.

Vi sono inoltre dati che suggeriscono che la pillola possa proteggere dal tumore del colonretto (intestino) ma i risultati non sono ancora definitivi.

Una tale protezione sarebbe comunque molto importante, in considerazione della frequenza dei tumori intestinali.

Le utilizzatrici correnti di contraccettivi orali hanno invece un rischio moderatamente aumentato di tumori della mammella e del collo dell'utero.

Questi eccessi di rischio, tuttavia, tendono a scomparire nell'arco di alcuni anni dalla cessazione dell'uso della pillola.

Non vi è pertanto rischio aumentato nelle donne ex utilizzatrici di mezza età e di età avanzata, quando questi tumori sono più frequenti.

Il rischio di tumore del collo dell'utero nelle utilizzatrici di pillola è importante soprattutto nei Paesi in via di sviluppo dove lo screening associato al pap test non è adeguatamente disponibile (La Vecchia C. Bosetti C. Benefits and risks of oral contraceptives on cancer. Eur J Cancer Prev 2004; 13: 467-470).

NEGRI NEWS

Direttore Responsabile
SILVIO GARATTINI

Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri - Ente Morale
via Eritrea 62 - 20157 Milano
Tel. 02.39014.1
Fax 02.354.6277
www.marionegri.it

Stampa: Stamperia Stefanoni Bergamo
Iscritto nel registro del Tribunale di Milano
al N. 117 in data 28 marzo 1981
Tiratura 36.731 copie
Finito di stampare nel dicembre 2004

Per garantire la privacy. In conformità a quanto previsto dalla legge n. 675/96 art. 10 sulla tutela dei dati personali, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" garantisce tutti i suoi lettori che i più assoluti criteri di riservatezza verranno mantenuti sui dati personali forniti da ognuno. A tal fine si fa presente che le finalità dell'Istituto Mario Negri sono relative solo alla spedizione del "Negri News". Con riferimento all'art. 13 della legge n. 675/96, le richieste di eventuali variazioni, integrazioni o anche cancellazioni dovranno essere indirizzate a:
Segreteria Generale - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Via Eritrea 62 - 20157 Milano

Citando la fonte, articoli e notizie possono essere ripresi, in tutto o in parte, senza preventiva autorizzazione.

