

TUMORI: STUDIO ITALIANO PROMUOVE SCELTA JOLIE, CHIRURGIA PREVENTIVA AIUTA

Milano, 4 nov. (Adnkronos Salute) - La scelta di Angelina promossa dalla scienza, almeno sul fronte psicologico. Dà ragione alla Jolie uno studio dell'Int, l'Istituto nazionale tumori di Milano, che ha valutato le conseguenze psicologiche di una decisione come quella presa e rivelata alla stampa dall'attrice americana che, sapendo di avere un alto rischio genetico di ammalarsi di cancro al seno, si è sottoposta a doppia mastectomia preventiva per abbattere le probabilità di ammalarsi. La conclusione della ricerca, pubblicata sulla rivista 'Clinical Genetics' e condotta dalle strutture di Psicologia clinica e di Genetica medica dell'Irccs lombardo, è che "le donne con predisposizione genetica al tumore del seno riducono in modo significativo la percezione del rischio e la paura di ammalarsi se si sottopongono alla chirurgia preventiva". Il lavoro ha analizzato l'impatto psicologico della decisione sulle strategie preventive da intraprendere (controlli periodici oppure chirurgia profilattica) in un campione di 120 donne italiane portatrici di una mutazione dei geni Brca1 e Brca2: geni la cui alterazione è correlata al rischio di sviluppare tumore al seno o alle ovaie. Dall'indagine è emerso che, nel campione analizzato, optano per la chirurgia profilattica il 30% delle donne che non hanno mai sviluppato un tumore e il 62% di quelle che hanno già ricevuto una diagnosi oncologica. I risultati indicano che l'intervento non sembra influenzare la condizione psicologica generale e la qualità di vita di queste donne, ma riduce significativamente la loro paura di potersi ammalare in futuro. Lo studio ha anche evidenziato un buon livello di soddisfazione espresso dalle donne rispetto alla scelta effettuata (rilevato a 15 mesi dalla diagnosi genetica): sia le donne che hanno optato per la chirurgia profilattica sia quelle che hanno scelto il programma di sorveglianza esprimono una soddisfazione di poco inferiore al 4, su una scala da 1 a 5. Livelli di soddisfazione leggermente superiori (4,38) sono manifestati dalle donne sane che hanno optato per la chirurgia profilattica. "I risultati hanno mostrato una buona soddisfazione nelle donne osservate, a prescindere dalla decisione che hanno intrapreso - commenta Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Int - Questo conferma che c'è stato un buon livello di informazione nel percorso di orientamento alla scelta finale. Uno degli obiettivi dei medici è affiancare il paziente aiutandolo a prendere una decisione consapevole adatta alle singole esigenze e caratteristiche di ogni persona. Un'ulteriore conferma che i percorsi terapeutici devono essere sempre più personalizzati". Le donne portatrici di mutazione nei geni Brca 1 e 2 - sottolineano gli esperti di via Venezian - presentano caratteristiche e problematiche differenti soprattutto in relazione alla loro precedente storia oncologica: secondo quanto emerge dall'indagine, le donne che non hanno mai avuto un tumore sono generalmente più giovani (età media 39 anni), nel 37% dei casi non hanno ancora avuto figli e nell'89% non sono ancora in menopausa. L'85% era già a conoscenza di una mutazione in famiglia, e perciò si è attivata per adottare una strategia utile a monitorare il rischio di malattia nel tempo. Il 70% di queste ha optato per controlli costanti, mentre il 30% ha scelto la chirurgia preventiva (tra queste il 15% mammaria, l'11% ovarica, il 4% entrambe). Alla base della decisione, la necessità di conciliare la loro condizione ai progetti di vita: matrimonio, maternità, opportunità lavorative. Le donne che hanno già sviluppato la malattia in passato, invece, hanno un'età media di 47 anni, l'87% di loro ha avuto uno o più figli e nel 69% dei casi sono già in menopausa. Il 90% non era a conoscenza in precedenza della mutazione nella propria famiglia. Hanno scelto la sorveglianza nel 38% dei casi e nel 62% hanno optato per la chirurgia profilattica (10% mammaria controlaterale, 31% ovarica, 21% entrambe). Queste donne, che hanno già affrontato l'esperienza della malattia e delle cure, vedono nelle opzioni preventive una possibilità concreta di evitare di ripetere un'esperienza dolorosa. "Seppure accomunate da una mutazione genetica", precisa Claudia Borreani, responsabile della Struttura semplice di psicologia clinica dell'Int, queste due categorie di donne "necessitano di un approccio attento alla loro storia, ai loro bisogni e alle loro aspettative. Per questo motivo è importante una presa in carico multidisciplinare che accompagni il percorso decisionale e il processo di adattamento anche dopo le scelte preventive".



Spese sanitarie, la tentazione di rinviare i costi standard

di ENRICO MARRO

Non possiamo permetterci rinvii dei costi standard nella Sanità. Come ha spiegato il ministro Beatrice Lorenzin, «stiamo parlando di miliardi di euro di risparmi». Quelli che si potrebbero recuperare eliminando gli sprechi, allineando i costi dei beni e servizi acquistati su tutto il territorio a quelli sopportati dalle Regioni più virtuose. Sono anni che si dice che non si può più pagare una siringa 4 centesimi in una Regione e 24 in un'altra. Ora bisogna procedere, come prevede la legge sul federalismo. Il governo ha individuato le 5 Regioni all'interno delle quali dovrebbero essere scelte le 3 che faranno da punto di riferimento per i costi standard e per il riparto del Fondo sanitario nazionale da 110 miliardi fra tutte le Regioni. Si tratta di Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria e Marche. Le Regioni governate dalla Lega (Lombardia, Veneto e Piemonte) vogliono applicare i nuovi criteri già al riparto del Fondo per il 2013 e minacciano, in caso contrario, l'uscita dalla Conferenza delle Regioni che si riunirà domani su questo. Le Regioni del Sud invece si oppongono e chiedono modifiche legislative per introdurre nuovi criteri di suddivisione del Fondo che tengano conto anche degli indici di povertà e perfino delle condizioni ambientali. Magari alcune di queste richieste sono fondate, ma non possono diventare una scusa per rinvii. Meglio partire e poi eventualmente fare le correzioni necessarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Offerte
RYANAIR **14**

L'INTERVISTA

«Monti, io e la spending»

Balduzzi: «Dopo la semina, ora è il tempo del raccolto»

«**L**a spending non è stata la trovata di Monti e mia: basta col sottobosco sanitario, è ora di applicare le soluzioni messe in campo». Parla così Renato Balduzzi, ex ministro della Salute, che fa il punto sullo stato dell'arte del Ssn e indica le vie da seguire.

A PAG. 10-11

Renato Balduzzi parla per la prima volta da ex ministro della Salute: «Nessuna amarezza»

«Ho seminato, ora il raccolto»

«La spending non è stata la trovata di Monti e mia: basta col sottobosco»

“**La spending review in sanità non è stata la trovata estiva di Monti e Balduzzi, serve per tenere sotto controllo un sistema che per sua natura va fuori controllo perché la sanità è ramificata, è un bosco, vanno eliminate il più possibile le aree di sottobosco**”

“**Sapevo che col Governo Monti non avremmo avuto il tempo di monitorare e valutare quello che avevamo prodotto: è stato gettato il seme del cambiamento. Bene nessun taglio nel 2014, anche grazie a noi. Ma ora non è più tempo di alibi per nessuno**”

Professor Balduzzi, dove c'eravamo lasciati? Alla compartecipazione

E dove ci ritroviamo?
Allo stesso punto. Perché quello della compartecipazione è un tema che va affrontato ma che è molto difficile da affrontare. Ero riuscito a farlo studiare e a proporlo in occasioni di studio e convegni, ma come atti istituzionali eravamo rimasti ancora indietro.

E ora lo sta rilanciando con una proposta di legge...

Siamo sempre lì: tutti siamo d'accordo sul fatto che il sistema dei ticket è iniquo, disomogeneo e opaco e che dobbiamo trovare un meccanismo equo, trasparente e omogeneo o almeno un po' più equo, un po' più trasparente e un po' più omogeneo. Lo dobbiamo fare perché la compartecipazione è uno degli elementi che rendono sostenibile il Ssn. L'elemento di base è la fiducia, perché un sistema è sostenibile quando c'è

fiducia. Ma la fiducia è composta da tante cose. Un altro elemento è la capacità di tenere sotto controllo gli equilibri finanziari. La spending review in sanità non è stata la trovata estiva di Monti e Balduzzi, ma qualcosa che corrisponde alla normalità per tenere sotto controllo un sistema che per sua natura va fuori controllo perché la sanità è ramificata, è un bosco, dove però è possibile mettere un po' d'ordine, eliminando il più possibile le aree di sottobosco.

Ma cos'è e come dev'essere la spending review?

La spending review è quella che abbiamo fatto e disegnato tra spending e riforme. Un processo in cui, accanto al regolamento sugli standard ospedalieri che prima o poi arriverà, all'h24, noi diamo gli strumenti alle Regioni e alle aziende non solo che siano idonei a tenere sotto controllo i fattori di produzione - che chiamerei più semplicemente la capacità

di assistenza - ma che siano anche tali da non portare a una riduzione dei servizi. Cioè la formula della spending: riduzione della spesa a invarianza dei servizi. Non abbiamo solo ridotto il finanziamento, senza togliere i servizi: abbiamo dato alle aziende gli strumenti per risparmiare. L'ottimo sarebbe che se un'azienda sanitaria risparmia, possa reinvestire in sanità. Non potevamo permettercelo nel 2012, è auspicabile che si faccia ora, visto che ci sono già effetti positivi di quella manovra, tanto che è stato possibile sterilizzare i 2 miliardi di ticket.

Ticket, h24, ospedali: riforme rimaste sulla carta, però. Sassolini da togliersi dalle scarpe? Un po' di amaro in bocca le è rimasto?

Sinceramente no. Ho sempre saputo come funziona il processo di cambiamento, soprattutto in sanità: prima si crea una certa acquisizione culturale su alcuni cambiamenti,

poi il passo successivo è far diventare legge questa consapevolezza. Dopo questi passaggi ce n'è un altro, che è quello di attuare la legge. Ma non finisce neanche qui: una volta che hai attuato la legge, devi monitorare quello che hai fatto e valutarlo. E così si avranno nuove acquisizioni culturali, che rimetteranno in moto il circolo. Ecco, non avevo alcun dubbio che col Governo Monti potevo arrivare al secondo passaggio ed eventualmente per alcune cose cominciare il terzo, ma avevo la consapevolezza che non avremmo avuto il



tempo di monitorare e valutare quello che avevamo prodotto. L'importante è acquisire, e far acquisire, alcune valutazioni culturali e strategiche.

Ma adesso, cosa pensa: chi ha frenato? le Regioni, i sindacati, i partiti ...

Siamo in anni in cui è molto difficile fare riforme importanti, viviamo anni di grande sofferenza. Non c'è qualcuno che frena per il gusto di frenare. È chiaro che cercavo di mettermi dal punto di vista dei miei interlocutori. Le Regioni, a esempio, sono chiamate a fare cose grandi e importanti: mantenere il livello dei servizi con meno risorse, perdere alcune abitudini, così come i ministeri del resto. Ciò detto, la consapevolezza che queste cose non sono veloci come uno le vorrebbe, ripeto, noi l'avevamo già.

Intanto adesso, fine 2013, il Patto è di nuovo allo studio, si ricomincia da lì. Da dove c'eravamo lasciati.

Certo, ma con un grado superiore di acquisizione culturale e di consolidamento normativo. C'è un lavoro fatto, un assetto. Non solo con l'h24 o l'intramoenia consolidata, o con il nuovo sistema per scegliere i primari, volto a privilegiare la competenza e non l'affiliazione. Ora è il momento dell'attuazione, anzi di 21 attuazioni. Ci vuole una grande capacità di governo, sapendo che è più facile governare dal centro se hai una leva di risorse finanziarie importanti. Se non hai risorse il tuo governo dovrà essere più incentrato sulla persuasione, perché come premio non hai niente da dare.

Come giudica la decisione di evitare altri tagli alla sanità?

Assolutamente in modo positivo. Con la legge di stabilità dell'anno scorso avevo detto: mai più tagli. Mi avevano chiesto 2 miliardi, li avevamo ridotti a 600 milioni. Ma, ottenuto questo, dobbiamo attuare i provvedimenti che hanno portato al contenimento delle risorse. Altrimenti tutto resta solo sulla carta.

Gli ospedali piccoli vanno tagliati, ridotti, riconvertiti? Insomma, vanno o no tolti di mezzo?

La scelta della spending review secondo me resta quella più saggia. Non mettere in modo generalizzato un tetto numerico, che sarebbe arbitrario: sotto gli 80 posti letto, sopra i 90... Si deve agire sui macronu-

meri: quindi, tasso di ospedalizzazione, posti letto, dare alle Regioni degli standard e strumenti per farli rispettare. Può esserci l'ospedale piccolo che serve. Io ne ho visti. Come ho visto ospedali inutili. Almeno nel modo in cui sono organizzati. Questo dovrebbe essere risolto in futuro dall'applicazione del regolamento degli standard e dagli esiti. Le due cose insieme fanno sì che nessuno abbia più alibi.

Però ora non si può perdere altro tempo, per il Ssn sarebbe la fine.

L'attuazione delle misure strutturali, le razionalizzazioni insieme di territorio e ospedale, vanno fatte. Devono camminare insieme perché una parte delle risorse della ristrutturazione ospedaliera servirà al territorio. Poi va affrontata la questione della compartecipazione, come ho detto. L'out of pocket è fatto di acquisti diretti e si dovrà mettere ordine in tutta la partita dei fondi integrativi non sostitutivi. L'out of pocket è fatto anche di sanità a basso costo, e questo va capito: se col ticket conviene andare nella sanità a basso costo, si perdono risorse perché la sanità pubblica deve comunque disegnare e assicurare l'organizzazione dei servizi. E già sta succedendo. Perché il sistema possa essere in equilibrio in prospettiva non va razionalizzata solo la spesa, ma anche l'entrata, dunque tutta la partita dell'out of pocket. Ecco perché avevo cominciato a parlare di franchigia.

Il rischio però è che a pagare siano i soliti noti ...

Certo, c'è il problema della fedeltà fiscale e di avere indicatori della situazione economica affidabili. Adesso che l'Isee c'è, ciò è possibile. Un anno fa, senza un Isee affidabile ero il primo io a dire che non era possibile.

Un ricordo positivo dell'avventura al Governo.

La cosa che forse mi ha dato più incoraggiamento è rimasta un po' sottotraccia: il viaggio che ho fatto due volte nella cosiddetta Terra dei fuochi. Un'esperienza preziosa, la possibilità di condividere dati e situazioni complesse con chi sta lì, a partire dai medici per l'ambiente, e che sa qualcosa in più dei freddi numeri. Un percorso da non interrompere.

E un ricordo negativo?

La vicenda delle staminali:

li misuri l'impotenza di chi ha responsabilità pubbliche quando scatta un'ingiustificata ondata mediatica che dice "bisogna fare così". Io questa cosa l'avevo già vissuta in un altro ruolo nel 1998 col caso Di Bella. In un primo momento alcuni scienziati non avevano capito il senso del mio operato, che non era di portare avanti quel "metodo", ma di dire qualcosa quando questa ondata mediatica assolutamente incongrua rischiava di travolgere tutto. Mi ha ferito perché mi ha dato il senso della difficoltà di comunicare un intendimento di politica sanitaria. Cosa vuoi dire alle famiglie? Da un lato c'erano gli scienziati con le loro ragioni, dall'altro i magistrati, sollecitati da queste situazioni. Chi deve governare è davanti a chi cerca di speculare, di trarre profitto anche elettorale, politico. È andata bene che alla Camera si sono rimesse a posto le cose.

Posso dirne due che sono andate male? Le bibite senza zucchero con tanto di tassa e la liberalizzazione delle farmacie...

Abbiamo comunque messo un po' di ossigeno nel mondo chiuso delle farmacie. Ma non le annovererei tra i fallimenti. Non posso dire che complessivamente il sistema di distribuzione del farmaco sia problematico in Italia: va migliorato, ma non è problematico. La tassa sulle bevande zuccherate in fondo, poi, era una proposta di messaggio alle famiglie: dobbiamo preoccuparci di ciò che bevono i nostri figli. Ma di fatto, anche per come è andata, è come se avessimo fatto una campagna promozionale senza spendere niente. Il messaggio è stato dato e il ministero della Salute è stato lodato a livello internazionale. Piuttosto, ne ricorderei un'altra...

Quale?

Sono stato battuto sulla questione del Prontuario [farmaceutici](#) e delle indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate, per introdurre elementi di controllo e razionalizzazione ed evitare comportamenti opportunistici. Sono stato battuto sul momento, ma non ho amarezza. Tutti i fatti successivi, dalla posizione dell'Antitrust a quel che sta succedendo sul caso Lucentis fino all'Aifa che ha preso atto di dover riconsiderare quel tipo di valutazione, è un conforto che ha dato ragione alla nostra posizione e non a chi ha bocciato la nostra proposta. (r.tu.)

*Saccomanni punta
su spending e ospedali*

A PAG. 9

AUDIZIONE DEL MINISTRO ALLA CAMERA

«Spending e ospedali: così fermeremo la spesa»

Saccomanni: Agenas in campo per le gare dei contratti pubblici

«Ancora troppi piccoli ospedali»

«La dinamica della spesa sanitaria è stata negli ultimi anni notevolmente contenuta: in rapporto al Pil è oggi inferiore ai nostri principali partners europei. Tuttavia il nostro elevato debito, l'esigenza di proseguire gli sforzi di consolidamento di bilancio, ci impongono di mantenere costante il monitoraggio della spesa sanitaria, continuando a ricercare le migliori pratiche che emergono nei diversi approcci seguiti dalle Regioni». **Fabrizio Saccomanni**, ministro dell'Economia, nell'intervento che ha concluso il ciclo di audizioni per l'indagine conoscitiva delle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera sulla sostenibilità del Ssn, parla dell'efficacia delle misure di razionalizzazione fin qui messe in campo in sanità, ma spinge l'acceleratore sulla necessità di non abbassare la guardia perché la sanità è un settore che senza controllo avrebbe la spesa fisiologicamente sempre in salita.

E le carte ora da giocare secondo Saccomanni sono quelle dei costi standard, del potenziamento dell'attività dell'Osservatorio dei contratti pubblici, del coinvolgimento dell'Agenas per definire criteri più efficienti per la gestione delle gare. «Saranno cruciali anche in questo ambito la prosecuzione del processo sistematico di revisione della spesa e un utilizzo più efficiente e integrato delle basi dati informative disponibili», ha detto.

E per contenere la spesa ha anche puntato all'immediato riavvio dell'approvazione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali: «È un provvedimento più volte sollecitato dal ministero dell'Economia che mira alla razionalizzazione della rete ospedaliera sul territorio, che vede oggi anche strutture di dimensioni troppo piccole farne parte».

Per quanto riguarda la legge di stabilità Saccomanni ha ricordato che non si interviene con misure dirette

sul settore sanitario. Anzi, ha detto «sono formalmente riconosciuti alle Regioni due miliardi annui dal 2014, alla luce della sentenza della Corte costituzionale che ha dichiarato illegittimo l'esercizio da parte dello Stato della potestà in materia di ticket, che non è di competenza esclusiva dello Stato». Per quanto riguarda le misure sul pubblico impiego che hanno ridotto il fondo sanitario di 540 milioni nel 2015 e di 610 dal 2016 in poi, Saccomanni ha ricordato che non si tratta di misure mirate al Ssn, ma della prosecuzione del processo di razionalizzazione dei dipendenti pubblici, aggiungendo che si tratta di un «intervento neutrale sui bilanci sanitari regionali, in quanto a fronte della riduzione del finanziamento le Regioni registreranno corrispondenti minori costi».

Il ministro ha quindi riconosciuto i «meriti» dei piani di rientro che «si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni, che tipicamente riguardano: il superamento dello standard dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione; i consumi **farmaceutici**; la spesa per il personale e il superamento del numero e del valore delle prestazioni acquistate da strutture private (budget), nonché il relativo sistema di remunerazione; la spesa per l'acquisto di beni e servizi; il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CON SANITA' ELETTRONICA MEDICI BASE PIU' EFFICIENTI

(ANSA) - ROMA, 4 NOV - L'utilizzo degli strumenti della sanita' elettronica negli studi dei medici di base potrebbe diminuire di almeno il 12% le visite di persona, sostituendole con consulti via computer, e aumentando l'efficienza del singolo medico fino al 9%. Lo afferma uno studio della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health pubblicato da Health Affairs. I ricercatori hanno combinato le proiezioni sulla diffusione negli Usa della sanita' elettronica con alcune ricerche sugli effetti della sua introduzione. Facendo l'ipotesi che solo il 30% dei medici di base adottino queste metodologie il numero di pazienti soddisfatti al giorno potrebbe crescere tra il 4 e il 9%. Inoltre l'utilizzo dell'informatica permetterebbe di delegare molti compiti a infermiere e altri operatori qualificati, riducendo il bisogno di medici di base del 7%. Questo stesso sistema potrebbe far scendere del 5% anche il numero degli specialisti necessari, perche' alcuni dei loro compiti potrebbero essere assolti in teleconferenza. "I numeri aumentano se le tecnologie hanno una diffusione maggiore - scrivono gli autori - ma lo studio dimostra gia' con questi numeri che la sanita' elettronica potrebbe essere d'aiuto nell'affrontare la carenza di medici che molti vedono come un rischio futuro".(ANSA).

Sono molecole presenti in tanti prodotti. Le due più frequentemente usate sono sicure secondo l'Unione Europea, che ha stabilito però dei limiti. La Danimarca li vieta sotto i 3 anni d'età e la Francia lo sta per fare
Reazioni per la pelle e allarme cancro ridimensionato

Parabeni

Shampoo, farmaci e cibi la paura dei conservanti

ELVIRA NASELLI

La Danimarca li ha vietati in tutti i prodotti destinati ai bambini sotto i tre anni, la Francia si sta avviando sulla stessa strada. Il movimento anti-parabeni fa sempre più proseliti mentre l'industria - forte dei pareri del Comitato scientifico europeo (Consiglio europeo) - insiste sulla loro innocuità ma, nel contempo, allarga il ventaglio di offerta dei prodotti paraben free. Il punto è che questa classe di molecole - categoria conservanti - è davvero dappertutto: nella stragrande maggioranza dei prodotti cosmetici, dal make up alla rasatura, passando per shampoo, bagnoschiuma, creme per le mani e salviette per bambini, in centinaia di farmaci tra i più diffusi (un elenco di 400 lo ha pubblicato *Le Monde*), in molti detersivi per la casa e persino negli alimenti, con sigle identificabili con la E maiuscola e numero progressivo da 214 a 219.

La nostra esposizione è dunque non solo multipla, ma continuata nel tempo, soprattutto per le creme giornaliere. E, considerato che i pareri scientifici sulla loro innocuità sono poco definitivi, è legittimo porsi delle domande. «I parabeni sono parecchi - premette Carla Scesa, docente di Chimica dei prodotti cosmetici alla Cattolica di Ro-

ma - ma i più utilizzati sono due, che hanno un peso molecolare minore e risultano i più sicuri, il metil e l'etil-parabene. Questi due sono ammessi dalla legge, con dei limiti. Gli altri, butil e propil-parabene, anch'essi ammessi dalla legge, sono meno utilizzati e possono avere effetti sulla capacità di riproduzione dei ratti. Molte aziende hanno deciso di eliminare i parabeni non perché non siano sicuri, almeno quelli a minor peso molecolare, ma per venire incontro alle richieste dei consumatori. Detto questo, ovviamente esiste un problema di utilizzo, soprattutto per i prodotti ad assorbimento usati ogni giorno, considerato che non siamo in grado di valutare l'entità dell'assorbimento, problema che esiste meno per i prodotti a risciacquo, come shampoo e bagnoschiuma. Il suggerimento è di evitarli sotto i tre anni, perché la cute dei più piccoli ha un maggior assorbimento cutaneo e il loro sistema endocrino è in via di sviluppo, negli anziani, che hanno una pelle più fragile, e quando ci si espone al sole».

Di alternative ce ne sono, anche se i conservanti sono necessari per evitare che il prodotto si contamini. «Paraben free nella maggioranza dei casi non significa

senza conservanti - precisa Stefano Dorato, responsabile relazioni scientifiche di Cosmetica Italia, l'associazione che raggruppa le aziende cosmetiche - anche se in casi eccezionali, grazie a tipo di formula, produzione in ambienti protetti,

uso di packaging monouso o che consente un limitato contatto con l'esterno, come tubetto di plastica o alluminio, si riesce a fabbricare un cosmetico senza conservanti. I prodotti più ricchi di acqua, come shampoo e bagnoschiuma, non possono farne a meno, ed è difficile anche per emulsioni e creme. Sono meno sensibili agli agenti esterni gli aerosol, gli articoli con alte percentuali di alcol, con pH molto alto o molto basso, come gli epilatori o i prodotti per permanenti».

Il rischio che si corre maggiormente è quello allergico, mentre il paventato rischio tumorale, legato soprattutto al potenziale di alcuni parabeni di agire come estrogeni, è stato ridimensionato dal comitato scientifico per la sicurezza dei consumatori dell'Ue, secondo cui l'azione ormonale è da migliaia a milioni di volte più debole degli ormoni naturali e sarebbe legata alla dimensione molecolare dei para-

D e n i :
più la catena è corta e sono leggeri, come metil ed etil, i due utilizzati comunemente, meno effetti hanno. Dal punto di vista allergico, invece, la situazione è diversa e se ne parlerà al congresso dei dermatologi Sidapachesi inaugurato dopodomani a Roma. «Quasi il 10 per cento di chi viene in un centro allergologico - racconta Caterina Foti, dermatologa all'università di Bari - ha una reazione

ne a cosmetici o profumi. Non sono reazioni violente, spesso una desquamazione del viso o ascellare, e considerato l'uso frequente di questi prodotti sono anche poche». Tranne in alcuni casi. «I prodotti con parabeni danno più frequentemente allergia su pelle alterata - spiega Antonio Cristaudo, responsabile Dermatologia Allergologica all'Ifo di Ro-

ma - perché penetrano più facilmente. Sono quindi da evitare in soggetti con ulcere o dermatite atopica, e questo vale sia per i cosmetici che per i farmaci, che possono indurre sensibilizzazione. In quel caso si devono scegliere confezioni monouso o i cosmetici sterili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Non ci sono dati sull'assorbimento cutaneo e inoltre la nostra esposizione è continua e multipla



COSA SONO

Sono sostanze chimiche di basso costo, ampiamente usate come conservanti perché hanno proprietà battericide e fungicide. I tipi di parabeni presenti nei prodotti in commercio sono:

METHYL PARABEN

Il methyl e l'ethylparaben sono quelli più utilizzati. Talvolta si usano tutte due insieme

ETHYL PARABEN

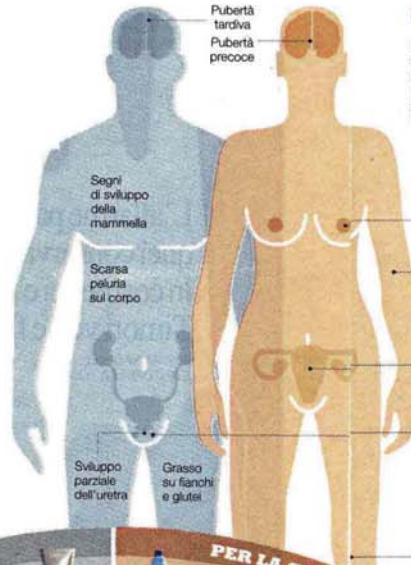
PROPYL PARABEN

ISOBUTHYL PARABEN

BUTHYL PARABEN

BENZYL PARABEN

Nelle etichette degli alimenti hanno sigle da E214 al 219



POSSIBILI EFFETTI SULLA SALUTE

Secondo alcuni studi i parabeni producono effetti simili agli estrogeni, gli ormoni femminili, rischiando di alterare l'equilibrio endocrino dell'uomo e della donna

Tumore della mammella e mastopatia fibrocistica

Osteoporosi

Tumore alle ovaie, all'utero, cisti ovariche, endometriosi, e ridotta fertilità

Bassa qualità spermatica, ridotta fertilità o infertilità. Mancata discesa dei testicoli nell'infanzia. Cancro ai testicoli e alla prostata

Allergie cutanee, rosorei e dermatite da contatto in entrambi i sessi

LA RICERCA

CAMPIONE
160 tessuti da 40 donne con tumore al seno

RISULTATO
99% dei tessuti hanno alti livelli di parabeni

I residui di parabeni erano in concentrazioni **1 milione di volte superiore ai livelli degli estrogeni** naturalmente presenti nel tessuto mammario umano

Ricerca condotta dal Genesis Breast Cancer Prevention Center, dell'Ospedale Universitario di South Manchester, 2012

TOSSICITÀ NEI TOPI

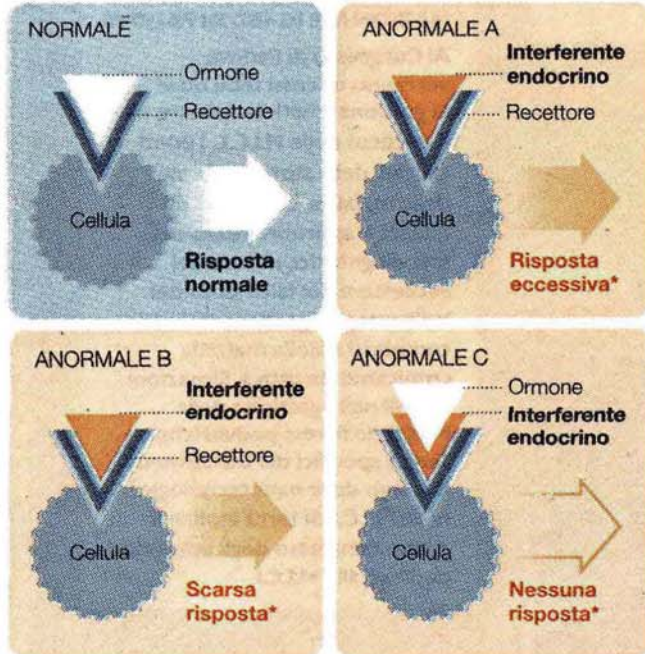
5g/kg peso corporeo è la dose letale di butilparaben nei topi

Fonte: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH / U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION



COME AGISCONO GLI INTERFERENTI

I parabeni sono considerati **Interferenti endocrini**, sostanze che possono alterare l'equilibrio ormonale. Ecco le risposte delle cellule all'azione di ormoni endogeni, interferenti endocrini o entrambi



* in confronto alla risposta normale, senza interferenti

La dermatologa di Miami controcorrente: “I sostituti, sempre necessari, presentano maggiori rischi di allergie”

Solo i cosmetici monouso sono sicuri niente garanzie dal “free” sull’etichetta

ANTONELLA TOSTI*



Qualsiasi prodotto cosmetico che contiene acqua ha necessità di un conservante per evitare la proliferazione di microrganismi che non solo danneggiano il prodotto, ma possono essere nocivi per la salute del consumatore. Negli ultimi 10 anni molti laboratori cosmetici hanno scelto di sostituire i parabeni con altri conservanti e di pubblicizzare i loro prodotti come “privi di parabeni” per migliorare marketing e immagine. Ovviamente questi prodotti contengono altre sostanze chimiche: la scritta “privo di conservanti” non esclude affatto la presenza di sostanze chimiche e solo i prodotti “mono-uso” possono veramente essere privi di conservanti!

Fino ai primi anni Duemila i parabeni erano presenti in oltre il 90% dei prodotti cosmetici; oggi (studio svedese) sono presenti solo nel 44%. Il loro posto è stato preso dai liberatori di formaldeide, presenti nel 25% dei prodotti cosmetici e dagli isotiazolinoni, presenti nel 23% dei prodotti cosmetici. Sono questi conservanti più sicuri per la salute? Certamente sono molto più allergenici, cioè possono indurre una dermatite allergica da contatto nella sede di applicazione del cosmetico in cui sono contenuti. I liberatori di formaldeide sono un gruppo di conservanti che agiscono liberando lentamente formaldeide

de nel prodotto cosmetico. Questi conservanti sono più spesso causa di reazioni allergiche e, liberando formaldeide, non sono affatto scevri da rischi. La formaldeide fa infatti parte delle sostanze considerate con certezza cancerogene per la specie umana.

Un altro conservante molto diffuso è il Kathon Cgr (che è una miscela di metilcloroisotiazolinone e isotiazolinone), questo conservante ha causato una vera e propria epidemia di reazioni allergiche nella metà degli anni 80, tanto che la Comunità Europea ha dovuto limitarne le concentrazioni d'uso. Oggi sta emergendo nell'industria l'utilizzo del metilcloroisotiazolinone da solo, in quanto le concentrazioni non sono strettamente regolate dalla legge, e di nuovo siamo assistendo ad un aumento dei casi di allergia. Un recente studio danese mostra un incremento dell'allergia ai conservanti nel corso degli ultimi 25 anni, il conservante più spesso causa di allergie nel periodo 2000-2008 è stato il dibromodicianobutano (oggi vietato dalla Comunità Europea, ma non negli Usa). Qualsiasi alternativa ai parabeni presenta quindi rischi a mio parere maggiore di quelli associati all'uso dei parabeni, sul mercato da oltre 80 anni e raramente causa di reazioni irritative o allergiche.

*Dermatologia, università di Miami

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ICTUS: POSSIBILE ABBASSARE RISCHIO MODIFICANDO POCHI FATTORI

(AGI) - Milano, 4 nov. - Il rischio che si ripresenti l'ictus in eta' giovanile, tra 18 e 45 anni, puo' essere evitato modificando alcuni fattori di rischio. Lo afferma uno studio multicentrico coordinato dall'Universita' di Brescia presentato in occasione della 44esima edizione del Congresso Nazionale della Societa' Italiana di Neurologia (Sin) in corso a Milano. L'analisi e' stata condotta su una serie di 1867 soggetti colpiti da un primo ictus cerebrale ischemico tra i 18 e i 45 anni, reclutati nel periodo compreso tra il 2000 e il 2012, seguiti successivamente per un follow up medio di circa 46 mesi. Durante questo follow up sono stati documentati 163 nuovi ictus, pari ad un rischio del 14,7 per cento a 10 anni dall'evento principale. Tra i fattori analizzati alcuni sono risultati aumentare in modo significativo il rischio di sviluppare eventi ricorrenti durante il follow up: avere una storia familiare di primo grado positiva per ictus, essere affetto da emicrania con aura, essere portatore di anticorpi anti-fosfolipidi, interrompere la terapia di prevenzione secondaria (anti-aggreganti piastrinici e/o anti-ipertensivi) e avere almeno un fattore di rischio tradizionale (ipertensione arteriosa, diabete mellito, ipercolesterolemia, fumo di sigaretta). "L'analisi dei dati - sottolinea Alessandro Pezzini, uno degli autori - ha permesso di evidenziare come il rischio di ricorrenza possa essere ridotto di piu' del 25 per cento con interventi in grado di modificare questi predittori".

quotidianosanita.it

Martedì 04 NOVEMBRE 2013

Ipertensione. Una proteina normalmente presente nell'urina aumenta il rischio

A dirlo è uno studio italiano pubblicato su Nature Medicine.

L'uromodulina, proteina presente nelle urine, è stata legata a un rischio maggiore di sviluppare l'ipertensione arteriosa, oltre che danno renale. Per evitare il problema basta ridurre il consumo di sale. La ricerca finanziata da Telethon.

È stato finanziato da Telethon e pubblicato su *Nature Medicine* lo studio che potrebbe aiutare ad affrontare l'ipertensione arteriosa, fattore di rischio per il sistema circolatorio che solo in Italia riguarda un terzo della popolazione adulta: più precisamente è frutto del lavoro del team di **Luca Rampoldi** dell'Istituto Telethon Dulbecco presso l'Istituto San Raffaele di Milano, e ha messo in luce un meccanismo che collega l'uromodulina, proteina presente nelle urine, a un rischio maggiore di sviluppare l'ipertensione arteriosa e il danno renale.

Da anni questo gruppo di ricerca studia una rara malattia renale dovuta a difetti nel gene che contiene le informazioni per questa molecola, la proteina più abbondante normalmente presente nelle urine. Sebbene sia stata scoperta più di 50 anni fa, la sua funzione biologica continua ad essere un mistero. Dal lavoro sui modelli murini è emerso che un aumento della produzione di uromodulina determina la comparsa di ipertensione già in giovane età, ma anche che una riduzione dell'apporto di sale nella dieta è sufficiente per ripristinare valori normali di pressione sanguigna.

Il punto di partenza di questo lavoro è stata la scoperta che alcune varianti comuni del gene dell'uromodulina, in particolare della regione che ne regola l'espressione e quindi la produzione, sono associate ad un rischio maggiore di sviluppare ipertensione e danno renale nel corso della vita. In questo studio, i ricercatori Telethon hanno scoperto le basi biologiche di tale associazione, attraverso un complesso lavoro condotto dal team italiano insieme a quello di Olivier Devuyst dell'Università di Zurigo. Tale lavoro ha combinato studi di ricerca di base su modelli cellulari ed animali e di ricerca clinica su coorti di pazienti. Il lavoro si è avvalso di diverse collaborazioni, tra cui quella in ambito clinico con il team del prof. **Paolo Manunta** dell'Università San Raffaele, per studi di patologia renale con la dott.ssa **Maria Pia Rastaldi** dell'Ospedale Policlinico di Milano, e per studi epidemiologici con un consorzio di università svizzere (Berna, Ginevra, Losanna, Zurigo).

Il dottor Rampoldi, responsabile dell'Unità di Genetica molecolare delle malattie renali dell'Istituto San Raffaele, spiega: "Analizzando decine di biopsie renali e centinaia di campioni di urine di persone con pressione arteriosa e funzionalità renale normali, abbiamo osservato che i livelli di uromodulina variavano in base a precise sequenze nel DNA. In particolare, le persone che avevano delle varianti in grado di metterle "a rischio" di pressione alta o danno renale producevano molta uromodulina, viceversa i portatori delle varianti protettive. Ci siamo quindi chiesti in che modo un alto livello di espressione del gene dell'uromodulina potesse portare a un aumento del rischio di sviluppare ipertensione o danno renale nel corso della vita", ha detto. "La nostra ipotesi è che questa proteina favorisca il riassorbimento di sale e acqua a livello renale, con un meccanismo che abbiamo parzialmente identificato. Alti livelli di espressione provocano un maggiore riassorbimento di sodio, potenziando l'azione di una specifica proteina di trasporto localizzata nel rene: questo si traduce in un aumento della pressione sanguigna. La prova del nove? Somministrando un potente diuretico che ha come bersaglio proprio questo sistema di riassorbimento, abbiamo riscontrato un maggiore effetto del

farmaco sulla pressione negli animali “superproduttori” di uromodulina”.

“Lo stesso meccanismo sembra essere conservato anche nell'uomo”, ha poi aggiunto **Paolo Manunta**, nefrologo e direttore della Scuola di specializzazione in Nefrologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele. “Pazienti ipertesi trattati con lo stesso diuretico hanno infatti mostrato una riduzione significativa della pressione solo se portatori delle varianti genetiche associate a maggiore espressione di uromodulina”.

Altro aspetto importante emerso da questo studio è che alti livelli di espressione di uromodulina causano la comparsa di lesioni renali in età avanzata. “Questo studio è un chiaro esempio di ricerca traslazionale – ha commentato Manunta – perché sono stati trasferiti i risultati ottenuti nei modelli sperimentali alla pratica clinica sul paziente con ipertensione arteriosa, grazie all'interazione tra ricercatori e medici, caratteristica del San Raffaele. In accordo con una versione sempre più personalizzata della medicina, questo lavoro mostra come la genetica possa aiutare nella scelta di terapie mirate per l'ipertensione arteriosa, più efficaci e con meno effetti collaterali”.

«Il nostro studio rappresenta non solo un contributo significativo alla comprensione del funzionamento dei nostri reni, ma contribuisce a chiarire quali siano i complessi meccanismi alla base di malattie comuni quali ipertensione e malattia renale cronica, suggerendo interessanti applicazioni su ampia scala: apre infatti la strada allo sviluppo di farmaci per l'ipertensione che abbiano come bersaglio l'uromodulina o altre molecole coinvolte nel meccanismo regolato da questa proteina, su cui c'è ancora molto da scoprire”, ha poi concluso Rampoldi.

Rappuoli: «I bambini nasceranno vaccinati»

Lo scienziato lavora alla prevenzione delle morti in utero e neonatali

1 su 2.000

I bimbi contagiati che non ce la fanno

Tanti sono i casi mortali causati da Streptococco B, patogeno responsabile di gravi infezioni neonatali, passato da una mamma infetta (abitante di un Paese avanzato) a un neonato. Nei Paesi meno sviluppati, la proporzione è di tre ogni mille.

LE SPERIMENTAZIONI

Nel mirino ci sono due patogeni potenzialmente killer: lo streptococco B e il virus respiratorio sinciziale, responsabile di bronchioliti, polmoniti e di molti casi di decessi «in culla»

di **Laura La Posta**

La sola parola fa correre un brivido lungo la schiena di ogni donna che sta per partorire: streptococco B. Il più virulento, arcaico, infido batterio sul pianeta Terra, che può causare infezioni gravi nel neonato, come meningite, polmonite e setticemia. Se una donna risulta positiva all'esame, le vengono somministrati antibiotici prima e durante il parto. Poi, si spera che anticorpi e medicine siano passati al piccolo. Seguono ore, giorni di apprensione. Perché un bimbo su duemila che nasce da mamma infetta, purtroppo, non ce la fa, come dicono le statistiche.

E quante morti in utero provoca questo batterio (tecnicamente, streptococco beta emolitico di gruppo B)? Se passa attraverso la placenta, può portare al triste fenomeno della morte in utero, silenziosa e inspiegabile, portatrice di dolore e a volte di infondati sensi di colpa nelle donne.

E che dire del virus respiratorio sinciziale, prima causa di ricovero dei neonati? È la causa principale delle bronchioliti, malattia grave nei prematuri e fonte di preoccupazione anche per gli altri neonati. Più diffuse di quanto si pensi. Una malattia a tradimento, che può colpire il piccolo subito dopo la nascita, spesso frantumando le speranze della mamma di proseguire l'allattamento al seno. Il virus può causare anche polmoniti e asma e viene ritenuto responsabile di molti casi di morte in culla (Sids, Sudden infant death syndrome).

Ora, però, si accende la speranza di debellare sul nascere queste diffuse e a volte gravi patologie nei neonati. E la soluzione viene studiata in Italia, a Siena, tra le colli-

ne coltivate a Sangiovese, Cabernet Sauvignon e Merlot, nell'epicentro del Chianti classico.

È qui che lo scienziato più celebre al mondo nel campo dei vaccini, Rino Rappuoli, lavora («Perché questa è la mia terra», dice): al Novartis Vaccines and diagnostics research center, uno dei fiori all'occhiello della ricerca internazionale, con oltre 300 ricercatori che operano nei laboratori di Siena altri 180 in tutti i continenti.

Il vaccino contro lo streptococco B del team di Rappuoli è in fase II di sperimentazione. Presto saranno disponibili i primi dati relativi alla sicurezza e all'efficacia in volontari adulti. «L'obiettivo sarà vaccinare la gestante, per trasmettere il vaccino al bimbo in grembo - dice Rappuoli -. Possiamo farcela a realizzare questo obiettivo: sono ottimista». Neonati già vaccinati, con un passaporto per la vita: un sogno possibile, quindi.

Il vaccino contro il virus respiratorio sinciziale, invece, sta andando adesso in fase I, per valutarne la sicurezza e la tollerabilità. «Il virus respiratorio sinciziale (Rsv) è l'ultima malattia seria dei bambini non ancora contrastata da vaccini - aggiunge Rappuoli -. Causa forti costi di trattamento in ospedale. Va debellato». Anche in questo caso, l'obiettivo sarà vaccinare in utero. Si stima che nei soli Stati Uniti il virus causi il ricovero di circa 100mila bambini all'anno, con un costo di trattamento di circa 300 milioni di dollari. Anche in età adulta l'Rsv guida la classifica delle cause di ricovero per affezione respiratoria acuta.

Novartis Vaccines è abituata a lavorare su più fronti. È ora in arrivo a dicembre anche in Italia il nuovissimo vaccino contro la meningite da meningococco B, esclusiva Novartis, made in Italy. Creato a Siena da Rappuoli e il suo team. Il meningococco B causa sei casi su 10 di meningite. Ora lo si potrà combattere ad armi pari. Altri vaccini sono in arrivo. Oltre al grande classico: quello contro l'influenza.

«In Novartis difendiamo il valore non solo sanitario ma anche sociale delle vaccinazioni – spiega Rappuoli –. Collaboriamo con l'Organizzazione mondiale della sanità e con l'Unicef, di cui siamo uno dei maggiori fornitori, in particolare per i vaccini contro il batterio *Haemophilus influenzae* di tipo B e il virus della poliomielite. Lavoriamo all'obiettivo di eradicare questa malattia. Inoltre siamo nella Global alliance for vaccine and immunization, un consorzio di istituti di ricerca, governi e industrie, che mira ad assicurare a tutti i bambini una copertura vaccinale adeguata».

I vaccini possono salvare la vita. Ci pensino le mamme che sul web trovano informazioni spesso allarmistiche e su basi scientifiche esili. Il sogno di un pianeta con malattie prevenibili e curabili passa anche attraverso i vaccini.

 @lauralaposta

© RIPRODUZIONE RISERVATA