

05 APRILE 2015

Cancro. Ecco i 3 screening salva vita. Come tenersi aggiornati sui test offerti dal Ssn per il tumore del seno, della cervice uterina e del colon retto. Il vademecum del ministero

Il ministero della Salute ha realizzato un vero e proprio vademecum per donne e uomini per facilitare l'accesso ai tre test per la prevenzione dei tumori inseriti nei programmi di screening pubblici. Ecco cosa fare e quando. I test consigliati dalla mammografia all'Hpv. Ogni anno inviati 10 milioni di avvisi ed effettuati oltre 5 milioni di esami.

In Italia, secondo le indicazioni del ministero della Salute, il Servizio sanitario nazionale fornisce gratuitamente accertamenti per la diagnosi precoce dei tumori all'interno di programmi di screening:

- tumore del seno
- tumore del collo (cervice) dell'utero
- tumore del colon-retto

Se sei nell'età prevista dallo screening riceverai a casa una lettera d'invito. Nella lettera troverai una presentazione del programma e la comunicazione di un appuntamento presso il centro screening di zona. Verrà indicato cosa dovrai fare e come. La lettera conterrà anche un'informativa e un allegato da firmare in merito al trattamento dei dati personali e sensibili.

Ogni anno più di 10 milioni di inviti e oltre 5 milioni di esami. La diagnosi precoce in campo oncologico può essere frutto del caso, quando, per esempio, il tumore viene scoperto grazie a un esame effettuato per altri motivi e non con lo scopo specifico di cercare un cancro. Molto più spesso, però, il merito della scoperta precoce di alcuni tra i tumori più diffusi deve essere attribuito a programmi di screening appositamente studiati.

In Italia i programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto sono sempre più estesi sul territorio nazionale e la partecipazione della popolazione è sempre più elevata, anche grazie agli indirizzi normativi ministeriali. Sono state più di 10 milioni le donne invitate nel 2013 e più della metà hanno aderito agli screening.

Lo screening è gratuito e non occorre la richiesta del medico. Per effettuare lo screening non serve l'impegnativa del medico, perché non è necessario pagare il ticket. Basta portare con te la lettera d'invito oltre alla tessera sanitaria con banda magnetica e seguire le indicazioni contenute nella lettera, compresi gli accorgimenti da adottare prima di effettuare il test. Potrai richiedere un giustificativo per l'assenza dal lavoro.

L'esame di screening non è obbligatorio. Noi però ti consigliamo di farlo perché l'esperienza scientifica dice che è un esame molto efficace. Parlane con il tuo medico, che saprà consigliarti.

La risposta ti verrà spedita a casa.

Quando effettui lo screening porta sempre con te gli esami precedenti. E' sempre consigliabile portare in visione la documentazione sanitaria di eventuali esami effettuati in precedenza (Pap-test, colposcopie o mammografie) o trattamenti effettuati anche fuori dal programma di screening. Il confronto è utilissimo per poter svelare un minimo cambiamento della situazione precedente.

In caso di esito dubbio o positivo la Asl ti contatterà direttamente. Se non risulta nulla di sospetto all'esame di screening, nel giro di poche settimane riceverai la comunicazione dell'esito attraverso una lettera a domicilio.

Qualora l'esito dell'esame sia dubbio o evidenzi alterazioni cellulari, non necessariamente di origine tumorale, verrai contattata telefonicamente per concordare gli ulteriori accertamenti.

Se non ricevi la lettera di invito, informati presso la Asl e il tuo medico. Se non hai ricevuto mai un invito dalla ASL o non hai aderito al programma, puoi telefonare alla tua ASL per chiedere un appuntamento o chiedere consigli al medico di famiglia.

Il medico svolge un ruolo fondamentale nei programmi di screening, in particolare nella selezione delle persone da invitare, nell'informazione attiva nei confronti della popolazione, soprattutto quella che non aderisce all'invito e delle persone risultate positive al test o richiamate per un approfondimento. E' importante anche nel supporto psicologico in tutte le fasi del programma.

Sì, lo screening va fatto quando non hai sintomi. E' importante effettuare lo screening proprio quando non hai né segni né sintomi di tumore. Le cellule alterate, infatti, non danno sintomatologia, soprattutto nelle fasi iniziali, ma possono in alcuni anni crescere fino a trasformarsi in un tumore.

Sottoponendoti allo screening puoi fare una diagnosi precoce.

Quando i sintomi sono evidenti la malattia può essere ormai in una fase avanzata.

Se in attesa del successivo test di screening si verifica qualcosa di insolito (per esempio, perdite vaginali di sangue al di fuori del periodo mestruale, sangue nelle feci o altro) parlane con il medico o col tuo ginecologo.

Anche se sei straniera puoi aderire ai programmi di screening. Il Servizio sanitario nazionale promuove e raccomanda a tutte le donne, italiane e straniere, gli accertamenti per la prevenzione e la diagnosi dei tumori femminili.

Per aderire ai programmi di screening devi essere in possesso della tessera sanitaria, richiesta alla Asl di competenza per il tuo luogo di residenza o di effettiva dimora.

Tumore del seno, mammografia a partire dai 50 anni ogni 2 anni

I programmi di screening per la prevenzione del tumore al seno coinvolgono le donne di età compresa tra 50 e 69 anni. Secondo i dati dell'Osservatorio screening 2009-2013 è aumentato il numero delle donne italiane invitate a effettuare una mammografia nel biennio 2011-2012 rispetto al precedente, passando da circa 5.000.000 a quasi 5.300.000. L'adesione all'invito resta sostanzialmente invariata rispetto al 2012, con un valore intorno al 57%.

La mammografia è l'esame radiologico del seno che permette di individuare il tumore in una fase molto precoce, in quanto consente di identificare noduli di piccole dimensioni (inferiori a 1 cm), non ancora percepibili al tatto. Se il tumore è piccolo, aumentano le possibilità di guarigione e l'intervento chirurgico è conservativo (molto ridotto).

L'80-90% delle donne con un tumore di piccole dimensioni e senza linfonodi colpiti può guarire definitivamente.

La mammografia si esegue ogni 2 anni. In alcune Regioni si sta sperimentando l'efficacia in una fascia di età più ampia, quella compresa tra i 45 e i 74 anni (con una periodicità annuale nelle donne sotto ai 50 anni).

Alcune donne trovano dolorosa (soprattutto in fase premenstruale per via della maggiore tensione mammaria) la compressione delle mammelle tra le due piastre dell'apparecchiatura per la mammografia, ma il disagio dura solo il breve tempo necessario per l'esame.

Secondo l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc), partecipare allo screening organizzato su invito attivo (mammografia biennale nelle donne di 50-69 anni) riduce del 35% la probabilità di morire per cancro della mammella.

Tumore del collo dell'utero, Pap-test o test HPV dai 25 ai 65 anni

I test di screening per i tumori del collo dell'utero (cervice uterina) servono sia a ridurre la mortalità per

tumore sia a diminuire l'incidenza della neoplasia invasiva, grazie alla capacità di identificare sia le lesioni tumorali molto precoci che quelle pretumorali. Sono diretti a donne di età compresa tra 25 e 65 anni.

I test di screening usati

Pap-test - è un esame semplice e non doloroso, che si esegue prelevando con una spatola e uno spazzolino del materiale presente sul collo dell'utero, che viene "strisciato" e fissato su un vetrino e quindi analizzato in laboratorio. Con il Pap-test si possono evidenziare lesioni pre-tumorali e/o tumorali del collo dell'utero anche molto piccole, che possono essere presenti in assenza di sintomi. Di solito sono curabili con interventi ambulatoriali. Lo screening prevede l'effettuazione del test ogni 3 anni.

Test HPV - si effettua in maniera simile al Pap-test. Il materiale prelevato però non è letto al microscopio, come nel Pap-test, ma sottoposto a un esame di laboratorio per la ricerca del virus. Il test HPV si può fare come test di screening, al posto del Pap-test. In questo caso, se il test HPV è positivo il Pap-test diventa un esame di completamento che viene chiamato test di triage.

Perché fare il test HPV al posto del Pap-test?

Lo screening con il test HPV al posto del Pap-test si può fare perché molti studi hanno dimostrato che il test HPV trova più lesioni del collo dell'utero di quelle che trova il Pap-test ed è quindi più protettivo. Inoltre, il test HPV trova queste lesioni più precocemente, e quindi deve essere ripetuto ogni 5 anni invece che ogni 3 anni come il Pap-test.

Il test HPV è raccomandato dopo i 30-35 anni perché nelle donne più giovani le infezioni da HPV sono molto frequenti, ma nella maggior parte dei casi regrediscono spontaneamente.

Lo screening con HPV nelle donne sotto i 30-35 anni porta a trovare, e quindi a trattare, delle lesioni che sarebbero regredite spontaneamente.

Tumore del colon-retto, SOF a partire dai 50 anni ogni 2 anni, per lei e per lui

Nel 2013 le persone invitate allo screening per il tumore del colon-retto sono state più di 4milioni e 300mila, con un'adesione del 44%. Le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening sono progressivamente aumentate fino ai 3milioni e 500mila nel 2011-12 (I programmi di screening in Italia - dati 2009-2013).

Per lo screening del tumore del colon-retto sono impiegati due tipi di test:

- la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF)
- la rettoscopia.

L'esecuzione periodica di questi esami può salvare molte vite. Il test di screening utilizzato dalla quasi totalità dei programmi di screening è il test SOF, eseguito ogni 2 anni nelle persone tra i 50 e i 69 anni.

L'esame, estremamente semplice, consiste nella raccolta di un piccolo campione di feci e nella ricerca di tracce di sangue non visibili a occhio nudo. Le eventuali tracce di sangue sono infatti un indizio della presenza di lesioni che possono, in futuro, degenerare in forme tumorali maligne.

Una piccola parte dei programmi di screening attivi in Italia utilizza, al posto della ricerca del sangue occulto, la rettoscopia, che consiste nella visualizzazione diretta, tramite una sottile sonda, dell'ultima parte dell'intestino, dove si sviluppa il 70% dei tumori.

Fonte: Ministero della Salute

RSALUTE/



4.500
I casi di tumori alla bocca diagnosticati oggi anno in Italia, che fanno registrare circa 3.000 decessi



7 per cento
La quota dei tumori della bocca su tutti i carcinomi e il 30% dei primitivi maligni della testa e del collo



12 casi l'anno
È l'incidenza ogni 100.000 abitanti. Picco tra i 50 e i 60 anni d'età. Maschi il triplo delle donne



90 per cento
La sopravvivenza media a cinque anni con diagnosi precoce, il 50% se già diffuso

Prevenzione. Il 10 aprile sarà la prima Giornata dedicata alla diagnosi precoce dei tumori del cavo orale (12 casi ogni centomila abitanti)
Le cause: fumo, alcol, assenza di frutta e verdura nella dieta e il papillomavirus

Così si possono evitare le malattie della bocca

Attenzione alla cattiva igiene orale a un dente spezzato o all'abitudine di digrignare i denti di notte

Info

Il simbolo della giornata. Info sulle strutture dove sottoporsi alle visite su www.giornataprevenzioneaooi.it

IRMAD'ARIA

FUMO, alcol, cattiva igiene orale, protesi dentarie traumatizzanti e virus del papilloma ma anche una dieta povera di frutta e verdura: sono alcune delle cause che possono provocare l'insorgenza di un tumore del cavo orale, patologia che ogni anno fa registrare in Italia 12 nuovi casi ogni 100 mila abitanti. Il 40% dei tumori del cavo orale si sviluppa sulla lingua e la forma più diffusa è il carcinoma squamoso cellulare che può formare delle metastasi ai linfonodi del collo. Cogliere per tempo i campanelli d'allarme è fondamentale per poter intervenire tempestivamente evitando trattamenti demolitivi, riducendo i costi di terapie e riabilitazione e aumentando fino all'80% la sopravvivenza libera da malattia. «I sintomi possono essere molto vari e in alcuni casi la malattia è del tutto asintomatica per cui si arriva alla diagnosi con molto ritardo», spiega Domenico Cuda, presidente dell'Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani (AOOI). Ma alcuni sintomi a cui prestare attenzione ci sono: «Un dolore insistente sulla lingua o sulla guancia che non regredisce spontaneamente nell'arco di 3 settimane, piccole piaghettoni o lesioni che si formano sempre nello stesso punto e che non si rimarginano, tumefazioni ed escrescenze, lesioni bianche o rossastre che si formano sui bordi della lingua, sulle gengive o sul pavimento della bocca», prosegue Cuda.

Anche il sanguinamento persistente e abbondante è un sintomo da non sottovalutare specie se si associano ad alcuni fattori di rischio. «Il fumo e l'alcol sono in cima alla classifica dei fattori scatenanti e se sono presenti insieme moltiplicano i loro effetti dannosi. Ma anche l'infezione da virus per papilloma,

una cattiva igiene orale, il traumatismo causato da un dente spezzato, dal perno di una protesi o dall'abitudine di digrignare i denti di notte hanno un ruolo importante». E poi c'è il fattore alimentare: «Una dieta povera di frutta e verdura fa aumentare i radicali liberi e sbilancia i meccanismi ossidativi favorendo la cancerogenesi» spiega Cuda. In presenza di questi sintomi e fattori di rischio, il primo passo deve essere un auto-esame del cavo orale, cosa che invita a fare la campagna "Guardarsi in bocca-un gesto semplice per la salute", promossa dal Cenacolo Odontostomatologico Italiano in collaborazione con la Società Italiana di Patologia e Medicina Orale e l'Associazione Italiana Igienisti Dentali.

«Tutti dovremmo eseguire periodicamente l'autoesame della bocca», raccomanda Federica Demarosi, Presidente del Cenacolo Odontostomatologico Milanese. «Il carcinoma orale si presenta nella maggior parte dei casi come una modificazione di colore della mucosa, quindi bisogna controllare innanzitutto il colore delle mucose. Normalmente sono rosee e morbide alla palpazione». La diagnosi vera e propria viene eseguita dall'otorinolaringoiatra (ma anche dal chirurgo maxillo-facciale e dall'odontoiatra) con vari esami: «Prima si effettua l'ispezione del cavo orale, un'endoscopia e la palpazione del collo e poi si fa la biopsia delle lesioni sospette: se è positiva si eseguono Tac, risonanza magnetica e Pet per capire quanto è esteso il tumore e a che stadio si trova», prosegue Cuda. La terapia è prevalentemente chirurgica. «Se è un tumore in fase iniziale, è sufficiente la chirurgia trans-orale. Se, invece, lo stadio è più avanzato e specie se è localizzato sulla lingua serve un intervento di chirurgia maggiore che asporti il tumore e anche le aree linfatiche» spiega Mohssen Ansarin, della Divisio-



nediotorinolaringoiatriaechirurgiacervico-facciale dell'Istituto europeo di oncologia di Milano. All'intervento chirurgico segue anche la radioterapia e la chemioterapia. «Se si interviene in uno stadio iniziale, quasi il 90% dei pazienti guarisce mentre negli stadi più avanzati si arriva al 60-70% di guarigione».

Per sensibilizzare l'opinione pubblica su questi tipi di tumore, il prossimo 10 aprile si celebra la prima Giornata della prevenzione dedicata alla diagnosi precoce dei tumori del cavo orale organizzata dagli specialisti AOOI con il patrocinio del Ministero della Salute. Nel corso della Giornata, che ha come slogan "Scegli la salute: prevenire è più facile che dire otorinolaringoiatria", gli specialisti offriranno un'intera mattinata di screening gratuito ad accesso libero presso gli ambulatori dei reparti di Otorinolaringoiatria degli ospedali delle principali città italiane (l'elenco si trova su www.giornataprevenzioneaooi.it).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RSALUTE/LA CHIRURGIA

LA PREVENZIONE LO STILE DI VITA	SCALA DI RIFERIMENTO	I	II	III	IV	V
Studio su un campione di 350mila adulti seguiti per quasi 10 anni. I soggetti sono stati classificati secondo un punteggio da 1 a 5 in una scala di "vita sana"	GRADI DI PREVENZIONE IN AUMENTO	Nessuna misura di controllo	Controllo del peso	Smettere di fumare	Dieta sana, ricca in fibre	Attività fisica regolare
	RIDUZIONE DEL RISCHIO DI CANCRO COLON-RETTO					

Colon-retto. Presentati i dati di uno studio internazionale. Sono importanti i controlli ma è dimostrato che una dieta "sana" regala una protezione naturale. Il ruolo positivo dell'acido acetilsalicilico

Quando lo stile di vita allontana il male peggiore

Assumere Aspirina e fare movimento: si salvano più vite così che con la chemio

DOMENICO D'UGO*

L TUMORE del colon-retto è quello a maggiore insorgenza nella popolazione italiana, con 58.000 diagnosi l'anno, terzo fra i maschi (preceduto da prostata e polmone), secondo nelle femmine (preceduto dalla mammella). La sua mortalità crolla con la diagnosi precoce, che identifica polipi ed altre lesioni precancerose del colon in una fase ancora curabile della malattia. Gli screening avviati in quasi tutte le regioni si basano sull'esame del "sangue occulto fecale" e sulla "colonscopia", indagini che dall'età adulta si eseguono ad intervalli differenti a seconda del diverso rischio per ciascun paziente (familiarità per tumori del colon, malattie infiammatorie croniche, pregressa diagnosi di polipi). Grazie alla diagnosi precoce la mortalità per cancro colo-rettale è in diminuzione. Ma stiamo facendo tutto il possibile, non solo per curare meglio, ma per evitare proprio la comparsa di questo tumore?

Uno studio europeo su ben 350.000 adulti seguiti per 10 anni ha rilevato i benefici di uno stile di vita "sano" sul rischio di carcinoma colo-rettale. I soggetti sono stati classificati con un "punteggio" di vita sana, da 1 per il peggiore a 5 per quello migliore nel controllo di obesità, fumo, alcool, dieta ed esercizio fisico. Con "dieta sana" si intendeva l'abitudine di consumare maggiori quantità di frutta e verdura fresca, fibre, granaglie, aglio, yogurt e solo minime quantità di carni rosse o processate. Anche l'astensione dal fumo e da eccessive quantità di alcool, assieme al mantenimento di un giusto peso corporeo attraverso un'attività fisica di media intensità di almeno 30 minuti al giorno, mostra un ruolo protettivo statisticamente dimostrato nei confronti del cancro.

Esiste uno studio sorprendente sugli effetti della cosiddetta dieta sana, effettuato negli Stati Uniti occidentali su 100.000 fedeli della "Chiesa Avventista del Setti-

mo Giorno": si tratta di soggetti con consumi di carni rosse mediamente molto inferiori a quanto solitamente avviene negli USA e fra loro (come abbiamo già imparato da altri studi) la frequenza di cancro colo-rettale è inferiore di quasi il 20%. Si è molto studiato questa popolazione perché fra essi la percentuale di ultra-centenari è notevolissima: sappiamo che molti di questi Avventisti, vivendo sulle coste del Pacifico, sono "pesco-vegetariani"; in questi, in particolare, la riduzione del cancro colo-rettale arriva al 42%. L'effetto sommatorio di frutta verdura e fibre ai noti benefici degli Omega-3 contenuti nel pesce appare dunque importantissimo, ma probabilmente così non sarebbe se i soggetti studiati non applicassero tutti i precetti della dieta sana; in particolare i benefici di vegetali e pesce sono annullati in chi fuma e consuma bevande alcoliche.

È ben noto l'effetto nocivo dell'alcool per quanto riguarda il determinismo dei tumori dell'esofago, ma recenti statistiche mostrano dati incontrovertibili anche per quanto riguarda i rari e letali tumori dell'intestino tenue. È stata infatti pubblicata una revisione sistematica di tutti gli studi meta-analitici sul tema, ed è statisticamente impressionante come nei grandi consumatori di alcool il rischio di sviluppare un tumore intestinale meno frequente ma forse ancor più grave — qual è quello dell'intestino tenue — aumenta dell'82% rispetto ai soggetti che non bevono. Non dobbiamo stancarci inoltre di segnalare che in tutti questi studi c'è un effetto peggiorativo del fumo di sigaretta, che quando presente aggrava sistematicamente il rischio di sviluppare una neoplasia intestinale.

Negli ultimi anni è emersa prepotentemente l'evidenza di una possibile protezione, conferita dall'assunzione per lungo tempo di acido acetilsalicilico (Aspirina) a dosi che — anche minime — risultano prevenire l'incidenza di nuovi tumori,

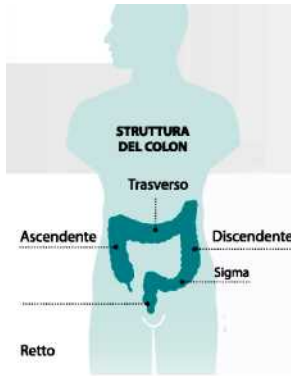
rappresentando un'arma anti-cancro in più, senza gli inconvenienti ben noti dei farmaci anti-infiammatori assunti a dosaggio pieno. Non è chiaro se questo effetto protettivo si verifica solo in soggetti predisposti, poiché non sono ancora perfettamente chiariti i meccanismi di questa azione che l'aspirina svolge attraverso il sistema enzimatico delle ciclo-ossigenasi e delle prostaglandine ed attraverso una modulazione delle funzioni meno note delle piastrine che circolano nel nostro sangue. Soprattutto non sappiamo se questa protezione avviene solo in individui geneticamente selezionati: dunque non dobbiamo rifugiarsi nella sola prevenzione farmacologica, pensando di sostituire con una pillola quotidiana gli enormi effetti benefici anti-cancro insiti in comportamenti alimentari che sono facili da adottare, piacevoli per il palato e rispettosi delle nostre tasche.

Il cambiamento di stile di vita è di fatto privo di costi e privo di effetti collaterali nocivi. Si calcola che, qualora l'assunzione di una minima dose di Aspirina si accompagnasse ad un regolare blando allenamento fisico quotidiano, ciò possa avere un impatto superiore a quanto oggi fa l'insieme dei farmaci chemioterapici, in termini di possibili "vite salvate" da carcinomi intestinali.

* Prof. Ord. Chirurgia gen. Univ. Cattolica, Pol. Gemelli, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



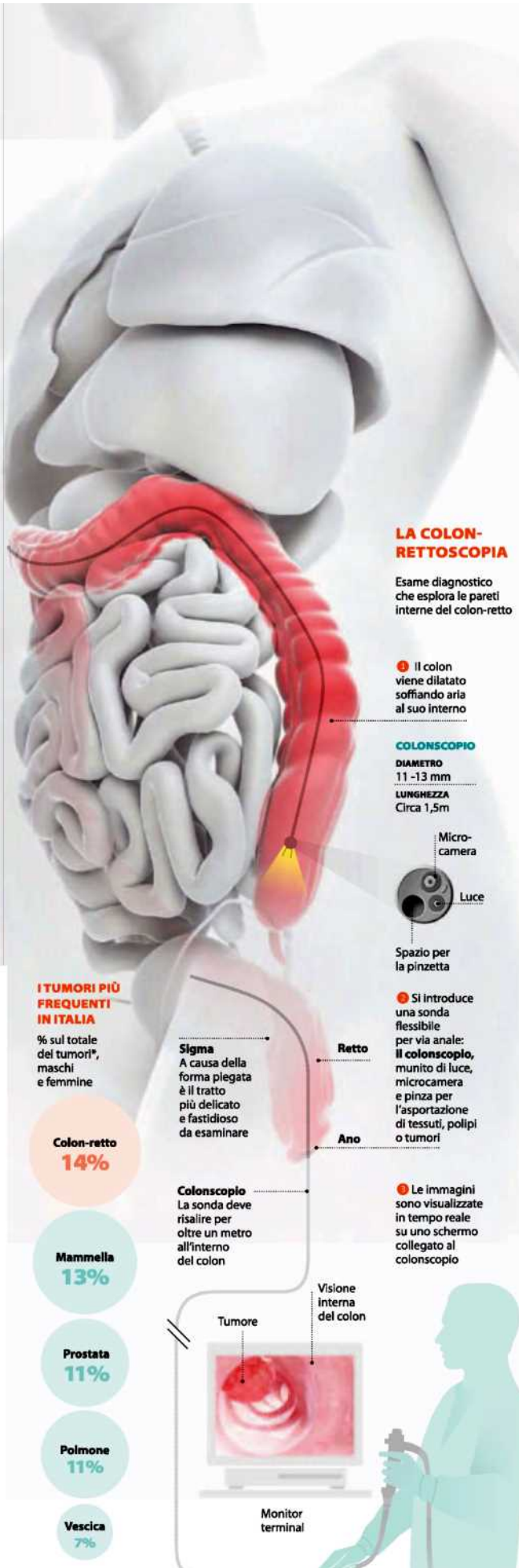


COME COLPISCE

È la proliferazione incontrollata delle cellule delle pareti interne del colon-retto. In Italia è la neoplasia più frequente nella popolazione generale

GLI STADI DELLA MALATTIA

DETTAGLIO DELL'INTERNO DEL COLON



LA COLON-RETTOSCOPIA

Esame diagnostico che esplora le pareti interne del colon-retto

Il colon viene dilatato soffiando aria al suo interno

COLONSCOPIO

DIAMETRO 11-13 mm
 LUNGHEZZA Circa 1,5m



Si introduce una sonda flessibile per via anale: il colonoscopio, munito di luce, microcamera e pinza per l'asportazione di tessuti, polipi o tumori

Le immagini sono visualizzate in tempo reale su uno schermo collegato al colonoscopio

I TUMORI PIÙ FREQUENTI IN ITALIA

% sul totale dei tumori*, maschi e femmine

Colon-retto 14%

Mammella 13%

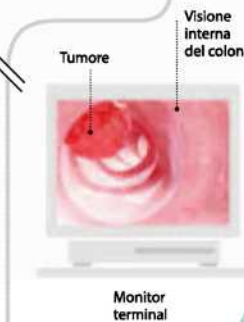
Prostata 11%

Polmone 11%

Vescica 7%

Sigma
 A causa della forma piegata è il tratto più delicato e fastidioso da esaminare

Colonscopio
 La sonda deve risalire per oltre un metro all'interno del colon



* esclusi tutti i carcinomi della pelle

FONTE: AIRTUM, I NUMERI DEL CANCRO 2014 / ISS



Torna su

Invia

Menu

[POLITICA](#)[ECONOMIA](#)[SPETTACOLO](#)[TENDENZE](#)[TECH](#)[CULTURA](#)[SPORT](#)[ITALIA](#)[MONDO](#)[PEOPLE](#)[SALUTE](#)[ITINERARI](#)[FOOD](#)[MOTORI](#)[SCIENZA](#)[Bollettino Neve](#)[tutti gli speciali](#)[Video](#)[Foto](#)[Blog](#)

SALUTE

5 RAGIONI PER ESSERE OTTIMISTI RIGUARDO AL CANCRO

Nonostante i grandi progressi fatti negli ultimi anni, il cancro resta ancora la prima causa di morte in molti paesi del mondo e chiunque abbia vissuto in prima persona o attraverso un familiare o un amico questa esperienza sa cosa vuol dire sentirsi frustrati per progressi che sembrano lentissimi. I medici del Memorial Sloan Kittering però ci danno una nuova speranza e credono che ci troviamo all'inizio di una nuova era per la cura di tumori.

04 aprile 2015 - Ecco 5 ragioni per essere ottimisti:

1. La medicina di precisione. Grazie alla ricerca sappiamo come è fatto il genoma e questo ci porterà in futuro a ricevere cure personalizzate in base ai nostri geni. La medicina di precisione ha dato risultati particolarmente positivi nella cura del cancro poiché riesce ad invertire l'effetto di specifiche mutazioni genetiche all'interno delle cellule tumorali.

2. Armate di globuli bianchi a richiesta per combattere il cancro. Alcuni farmaci in via di sperimentazione hanno il potere di potenziare l'effetto del sistema immunitario chiamando a raccolta i globuli bianchi. Con una semplice iniezione potrebbe essere possibile eliminare il cancro. Il problema dell'immunologia è che su molti pazienti non funziona

3. Farmaci vivi. Un'altra opzione è quella di estrarre le cellule T da un campione di sangue del paziente, manipolarle e iniettarle nuovamente affinché queste siano in grado di identificare e distruggere le cellule malate.

4. Terapia epigenetica. Per anni la cura dei tumori è consistita nell'asportare le cellule tumorali o nel

distruggerle con farmaci e radiazioni, ma se invece si potessero riportare alla stato sano? Sono in fase di sperimentazione alcuni farmaci che sarebbero in grado di regolare la programmazione genetica di una cellula che invece di essere distrutta potrebbe tornare ad essere sana.

5. Metastasi il nemico latente. A tutt'oggi è difficile capire come mai alcune cellule tumorali si distaccano dal tumore originario per andare ad infettare altre zone del corpo. La difficoltà è data dal fatto che queste cellule sono difficili da identificare nel sangue, ma negli ultimi anni sono stati individuati i geni e i percorsi che guidano queste cellule rendendo possibile la creazione di nuovi farmaci

Da terribile ed oscuro male il cancro si potrebbe trasformare in una malattia simile a quelle infettive e come una malattia infettiva potremmo essere in grado di curarlo con gli antibiotici.

[L'articolo è apparso su mskcc.org](#)

06-04-2015 sezione: **PRIMOPIANO**

Danimarca, donatore di sperma contagia 100 bambini con una malattia genetica rara

Potrebbero essere circa 100 e non 43, com'era stato indicato nel 2012, i bambini nati dallo sperma del "donatore 7042", che una clinica danese utilizzò non sapendo che l'uomo era portatore di una malattia genetica rara.

Dieci di queste donne, riporta il Mail on Sunday, che cita le autorità sanitarie del Belgio, hanno poi avuto bimbi affetti da neurofibromatosi. Il caso, risalente appunto a tre anni fa, ha portato poi al cambiamento dei regolamenti in Danimarca, con una stretta sia sul numero di figli possibili da uno stesso donatore che sui controlli su questo tipo di malattie.

«Il donatore 7042 ha donato lo sperma alla clinica Nordic Cryobank - scrive il giornale - ma è stato poi usato in 14 diverse cliniche in America, Canada, Belgio, Islanda, Georgia, Grecia, Spagna e Thailandia. Quattro famiglie stanno facendo causa alla clinica».

«Cento bambini nati da un donatore con malattia rara non diagnosticata»

Potrebbero essere il doppio di quel che si pensava i bambini figli di fecondazione eterologa nati dal seme di un uomo che ha venduto i suoi gameti e del quale si è scoperto che è portatore sano di una malattia genetica rara. L'episodio risale al 2007, quando in un ospedale belga nasce un bambino malato di neurofibromatosi. Il piccolo era stato concepito con fecondazione eterologa grazie al liquido seminale acquistato da una multinazionale danese leader del settore, la Nordic Cryo Bank. Ma l'allarme sulla presenza nel seme del "donatore 7042" del gene della malattia scatta con sei mesi di ritardo. Inizia solo allora la caccia ai figli di 7042 nei 70 Paesi in cui la Nordic esporta i suoi campioni (Italia inclusa): nel 2012 si contano già 46 nati dal donatore, di cui 5 malati. Ma la ricerca va oltre, emergono altri casi, come documenta Eugenia Roccella nel suo recentissimo libro «Fine della maternità» (Cantagalli). Finché la stampa inglese conferma il giorno di Pasqua che sarebbero 100 i nati col seme fornito dall'azienda danese, con 10 malati (ma potrebbero essere 19), mentre è difficile fare una stima sui bambini portatori sani del gene. Il caso aveva portato in Danimarca a una stretta sul numero di "donazioni" (retribuite) e sui controlli di qualità. Nordic oggi è fornitrice dell'Ospedale Careggi di Firenze. (F.O.)



07-04-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

Oms, oltre mezzo miliardo di infezioni da cibo l'anno

ROMA, 3 APR - Ogni anno più di mezzomiliardo di persone è vittima di batteri e parassiti che proliferano nel cibo, con i 22 principali agenti patogeni che fanno 351milamorti. Lo ricorda l'Oms in un rapporto, pubblicato alla vigilia del World Health Day che si celebra il 7 aprile ed è dedicato proprio alla sicurezza alimentare. "La produzione di cibo è stata industrializzata e il suo commercio e ladistribuzione sono globalizzati - sottolinea Margaret Chan, direttore generale dell'Oms - questo introduce opportunità multiple per il cibo di contaminarsi con batteri, virus, parassiti sostanze chimiche pericolose".

Secondo il rapporto l'agente responsabile del maggior numero di morti è la salmonella Typhi, 52mila, seguita dall'Escherichia Coli enteropatogenica (37mila) e i norovirus (35mila). Il continente più colpito è l'Africa, seguito dal sud est dell'Asia, e oltre il 40% delle persone colpite ha meno di 5 anni. Sono oltre 200 le malattie, dalla diarrea al cancro, provocate dagli alimenti. "Un cibo locale ormai può diventare facilmente un'emergenza internazionale - sottolinea Chen - perchè fatto con ingredienti provenienti da diversi paesi".

I CITTADINI MERITANO L'EDUCAZIONE AL CIBO (SANO)

McDonald's e Coca-Cola tra i principali sponsor di Expo. La notizia ha subito diviso: da una parte chi teme che il messaggio culturale che da Milano partirà sia condizionato da giganti industriali che per molti cittadini di diversi Paesi simboleggiano stili alimentari che negli stessi Usa sono oggetto di crescenti obiezioni di ordine dietetico. Dall'altra parte, si osserva che è impensabile «nutrire il pianeta» senza una mobilitazione anche dell'industria alimentare: è velleitario puntare tutto o soprattutto su pur benemeriti produttori a km zero.

Non si tratta di porre una alternativa assoluta fra cibo «industriale» e «ruspante» ma di mettere a punto e far rispettare, da tutti, standard produttivi scientificamente avvalorati e modelli distributivi che garantiscano la maggiore accessibilità economica a una corretta alimentazione. Si tratta altresì di fornire ai consumatori razionali e trasparenti istruzioni dietetiche, per favorire la prevenzione «primaria» di malattie legate al metabolismo.

Ora, la fiducia in un messaggio forte e chiaro di Expo per costruire un sistema mondiale di alimentazione sana, nutriente, accessibile anche ai meno abbienti, è garantita dalla qualità degli scienziati ed esperti che sotto la guida di Salvatore Veca hanno redatto i principi della *Carta di Milano*, il manifesto culturale di Expo, di imminente presentazione.

Lo spazio impedisce di nominarli singolarmente: ma chi dice Veca dice tutto in termini di rigore intellettuale e morale. Raccomanderei — ma sono certo sia in cantiere — un ulteriore sforzo. Attraverso un diverso gruppo di lavoro di reputati dietologi, comunicatori, associazioni di consumatori, si dovrebbero elaborare e portare «a valle», cioè al cittadino, linee guida di educazione al consumo ispirate in *primis* alla tutela della salute: istruzioni concrete, chiare, scientificamente fondate e ovviamente coerenti con i principi della *Carta*. Ne guadagneranno la credibilità e l'utilità sociale di Expo 2015.

Gustavo Ghidini Presidente onorario Movimento consumatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SALUTE TORNA AL MEDIOEVO Londra lancia l'allarme epidemie

Se gli antibiotici porteranno la peste

Usiamo troppi medicinali, così i batteri rischiano di diventare invincibili: 80mila le vittime stimate
Enza Cusmai

■ Una cittadina grande quanto Varese, Caserta o Grosseto sterminata da un batterio killer. Una città come Trieste trasformata in un lazzaretto. Lo scenario catastrofico ma realistico è stato delineato dal Dipartimento per la gestione delle emergenze nazionali del governo inglese che lancia un allarme da far impallidire anche le azioni di terrorismo più efferate. I nemici da combattere sono insidiosi e invisibili, crescono sempre più e mietono vittime soprattutto negli ospedali, nei reparti di rianimazione dove c'è gente più debole dal punto clinico: sono la nuova generazione di batteri killer, come l'E. coli, la Klebsiella pneumoniae e lo Staphylococcus aureus, contro cui gli antibiotici in circolazione sono inadeguati e che potrebbero causare, in caso di un'epidemia, fino a 200.000 casi di pazienti contagiati e 80.000 vittime.

La prospettiva di un'emergenza sanitaria di vaste dimensioni ha fatto scattare nel Regno Unito la richiesta di svilup-

pare nuovi antibiotici perché, in caso contrario, anche operazioni di routine potrebbero diventare procedure ad altissimo rischio. Uno scenario che ha allarmato anche il primo ministro David Cameron che teme «un ritorno agli anni bui della medicina, un problema che potrebbe diventare una grave emergenza per l'umanità». Il rapporto spiega anche che il rischio di nuove infezioni da batteri antibiotico-resistenti è «destinato significativamente a crescere nel corso dei prossimi 20 anni». Non è la prima volta del resto che Cameron lancia l'allarme: si era già fatto promotore di un appello in cui chiedeva a tutti gli altri Paesi di collaborare per risolvere l'emergenza e annunciato la creazione di un gruppo di esperti impegnati a studiare le ragioni per cui negli ultimi 25 anni non sono state introdotte nuove classi di antibiotici e l'insorgenza dei batteri immuni ai trattamenti.

Problema che è stato affrontato e sbattuto in prima pagina dagli inglesi ma tutto il vecchio Continente è interessato, Italia in testa. Gianni Rezza, Direttore del dipartimento di malattie

infettive dell'istituto superiore di Sanità ammette che l'emergenza esiste: «Le infezioni dovute a batteri multiresistenti sono un problema in tutta Europa. In particolare in Italia e in Grecia le resistenze sono più diffuse. Il governo britannico è molto attento, forse perché curare i malati dalle infezioni costa moltissimo». Ma Rezza punta il dito anche sulla «carenza di antibiotici capaci di sconfiggere i gramnegativi tra i quali spicca la Klebsiella sbarcata dall'Oriente che ha infestato letteralmente le rianimazioni degli ospedali». Da anni è un allarme batteri sempre più resistenti agli antibiotici in commercio. «Purtroppo - aggiunge l'esperto - non se ne producono di nuovi forse perché non c'è un ritorno economico rispetto agli enormi investimenti che dovrebbero essere fatti per la ricerca».

La notizia positiva dinanzi a questo quadro a tinte fosche è che «tra un anno o due saranno pronti nuovi super antibiotici che fanno ben sperare e dovrebbero fronteggiare anche le emergenti di epidemie».

Resta però il problema dell'abuso di antibiotici che causa-

no, in molti organismi, resistenze a batteri che potrebbero essere sconfitti con i farmaci in commercio. In molti Paesi i tassi di resistenza, per esempio, sono più che raddoppiati negli ultimi cinque anni. E un rapporto dell'European Center for Disease Control (Ecdc) del dicembre scorso ha bocciato l'Italia nell'uso corretto degli antibiotici. Anche il virologo Fabrizio Pregliasco, ricercatore del dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Milano, punta il dito contro l'abuso dei farmaci. «Una scorretta prescrizione e uno scorretto uso degli antibiotici è dannoso. Se non si segue la terapia per tutto il tempo previsto o vengono assunti saltuariamente si fa il gioco del batterio, che in qualche modo rialza la testa».

Accanto all'uso maldestro anche Pregliasco ammette che il mercato è carente di nuovi ed efficaci prodotti: «Non abbiamo una nuova classe di antibiotici da un po' di tempo - aggiunge -. E quelli di cui disponiamo rischiano di essere armi spuntate a causa di un utilizzo a volte eccessivo dell'industria alimentare per gli allevamenti animali».

STIME TERRIBILI

Cameron preoccupato:
«Temo un ritorno agli
anni bui della medicina»

TUTTI UNITI

Il virologo Pregliasco:
«Mancano nuovi farmaci
Servono azioni globali»

Lo dice un rapporto europeo

Sulla resistenza ai farmaci Italia maglia nera

■ Un rapporto dell'European Center for Disease Control (Ecdc) ha bocciato l'Italia nell'uso corretto degli antibiotici: il nostro Paese ha il non invidiabile primato di essere nella fascia con la più alta percentuale di resistenza praticamente per tutti i batteri. Per il batterio Klebsiella Pneumoniae, tipico delle infezioni ospedaliere, la cui resistenza ai carbapenemi, l'ultima trincea contro le infezioni, è quasi raddoppiata in media in Europa passando dal 4,6 all'8,3%, mentre nel nostro Paese è tra il 25 e il 50%. La resistenza alla terza generazione di cefalosporine, sempre per la Klebsiella, ci vede nella fascia peggiore, quella tra il 25 e il 50%. Stesso discorso (e stesse percentuali) vale per Escherichia Coli, Acinobacter e Stafilococco Aureo.



Allarme batteri-killer che resistono a tutti gli antibiotici

Silvio Garattini

La notizia è di grande rilievo e preoccupazione, tale da determinare anche l'intervento del premier britannico. Ben 60.000 morti all'anno potrebbero derivare da infezioni che sono resistenti agli antibiotici. Il premier fa eco ad altre notizie recenti. L'Organizzazione mondiale della sanità ha in questo periodo stimolato l'industria a non dormire sugli allori delle precedenti scoperte e ad impegnarsi per trovare nuovi agenti anti-infettivi.

Per curare malattie in cui gli antibiotici oggi esistenti hanno perso di efficacia. L'Organismo che si occupa di monitorare l'epidemiologia delle malattie negli Stati Uniti stima che oggi vi sono ben 23.000 morti ogni anno per la antibiotico-resistenza. Questi interventi sembrano incredibili se si pensa alla straordinaria rivoluzione indotta dalla scoperta della penicillina da parte di Fleming. Eravamo nel 1928 quando il ricercatore inglese fece le sue prime osservazioni, ma ci vollero oltre 10 anni per arrivare alle prime utilizzazioni della penicillina grazie anche al determinante aiuto di Florey e Chain stimolati dalla necessità di avere a disposizione efficaci antibatterici per curare le infezioni nei feriti della seconda guerra mondiale. Alla penicillina seguirono altri antibiotici sfruttando lo stesso principio dell'antagonismo fra micro-organismi. Waksman scoprì la streptomina, il primo antibiotico contro la tubercolosi e poi vennero disponibili le tetracicline, le cefalosporine, i macrolidi. Poi si cominciarono ad avere i primi casi di resistenza che non destarono grande preoccupazione considerando che la abbondanza degli antibiotici disponibili poteva sopperire alla resistenza nei confronti di un singolo antibiotico. Ma ciò risolse solo temporaneamente il problema perché le resistenze si estesero a due e più antibiotici soprattutto negli ospedali e nelle comunità degli anziani. Si scoprirono altri antibiotici come la meticillina e la vancomicina che avevano la caratteristica di riuscire ad aver ragione dei batteri poliresistenti, ma cominciano ora ad apparire batteri che sono resistenti anche a questi due antibiotici.

I ricercatori non sono rimasti inattivi di fronte a questi problemi ed hanno da tempo iniziato a studiare i meccanismi che vengono elaborati dai batteri per rimanere immuni dall'azione letale degli antibiotici. Così hanno scoperto molte modalità con cui i batteri si difendono. Ad esempio modificano la loro superficie cambiando la struttura



della proteina a cui si deve agganciare l'antibiotico per poter esercitare i suoi effetti tossici oppure sono in grado di elaborare proteine capaci di metabolizzare l'antibiotico rendendolo inattivo. Questa capacità dei batteri viene facilitata da una serie di fattori che riguardano le modalità con cui si utilizzano gli antibiotici.

Uno dei fattori più importanti è certamente l'uso inappropriato degli antibiotici. Basta molte volte qualche linea di febbre per far scattare l'impiego dell'antibiotico senza sapere la ragione della febbre. Spesso si tratta di infezioni da batteri che non sono sensibili a quel determinato antibiotico oppure l'infezione è determinata da un virus. Tipico è il caso dell'influenza in cui pur trattandosi di un virus parte un impiego preventivo di un antibiotico anziché attendere che in qualche giorno l'influenza passi da sola. Spesso gli antibiotici vengono utilizzati a dosi troppo basse o per periodi di tempo troppo limitati cosicché i batteri si trovano di fronte a concentrazioni che non sono battericide e ciò permette al batterio di mettere in atto i meccanismi sopra ricordati. Un altro fattore negativo è la massiva somministrazione di antibiotici negli animali d'allevamento per evitare infezioni che, data la vicinanza degli animali, si propagherebbero a tutto l'allevamento. In questo modo attraverso le escrezioni dei liquidi organici gli antibiotici vanno nel terreno giungendo in contatto con tutti i batteri presenti determinando resistenza. Infine piccole concentrazioni di antibiotici rimangono nelle carni che noi mangiamo e anche le infinitesime concentrazioni presenti nell'intestino e circolanti nel sangue possono concorrere a creare resistenza nei batteri che popolano i nostri tessuti.

Per tutte queste ragioni l'allarme per la antibiotico-resistenza è perfettamente giustificato anche se un po' tardivo, ma si può e si deve intervenire senza perdere altro tempo. La ricerca pubblica, così trascurata e umiliata in Italia, deve sostenere gli studi di chi cerca di capire i meccanismi della resistenza. È solo scoprendo come i germi cambino il loro metabolismo che si potranno scoprire antibiotici con nuovi meccanismi d'azione. Occorre incentivare le industrie a reinvestire in nuovi antibatterici facilitando la ricerca clinica. Nello stesso tempo è importante migliorare l'appropriatezza nell'uso degli antibiotici educando i medici e la popolazione ad un impiego più responsabile. Evitiamo che dopo oltre 70 anni dalla scoperta della penicillina l'umanità ritorni alle pestilenze che hanno caratterizzato ere di triste memoria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Londra, 80mila vite a rischio Allarme antibiotici «Ormai inefficaci»

BONETTI, BARBETTA e PONCHIA
■ Alle pagine 12 e 13

«Abbiamo abusato di quei farmaci» Gli italiani sono i peggiori d'Europa *Pregliasco: mancano nuove medicine, pochi fondi per la ricerca*



Contagio
in ospedale

Le infezioni contratte durante le degenze rappresentano il 3% di tutti i ricoveri



Prescrizione
del medico

La terapia va portata a termine e non si deve sospendere nel momento in cui si migliora

Donatella Barbeta

PROFESSOR Fabrizio Pregliasco, i batteri resistenti agli antibiotici vengono definiti un «problema molto serio» per il Regno Unito. Dobbiamo allarmarci anche noi?

«È una segnalazione pessimistica ma realistica della situazione attuale. Lo studio inglese – risponde il virologo dell'università degli studi di Milano – non è una sorpresa. L'Italia è il Paese europeo con più alta resistenza agli antibiotici – infatti li usiamo in modo maldestro – e lo sostiene un recente studio della Società di malattie infettive e tropicali (Simit). Le infezioni ospedaliere, inoltre, rappresentano il 3,5% di tutti i ricoveri: questo vuol dire che ci sono antibiotici che non funzionano».

Ci fa un esempio?

«Lo stafilococco aureo, responsabile di alcune infezioni della pelle e delle ossa, nel nostro Paese è resistente alla meticillina fin dagli anni Settanta, ma ora la percentuale di resistenza è del 38%, quasi doppia rispetto a quella della media europea che sfiora il 20%».

Come mai siamo arrivati a questo punto?

«C'è una riduzione dell'ingresso

di nuovi antibiotici. Fleming scoprì la penicillina nel 1928 anche se l'applicazione sistematica avvenne durante la Seconda guerra mondiale. Poi abbiamo avuto, fino agli anni Novanta, una quarantina di nuovi antibiotici. E, infine, ne sono stati scoperti altri sette fino al 2000. Gli ultimi appartengono alla categoria delle cefalosporine. Ma da allora sono state evidenziate solo nuove molecole. Inoltre, disponiamo di antibiotici che rischiano di essere armi spuntate per un utilizzo a volte eccessivo dell'industria alimentare per gli allevamenti animali».

Perché non se ne scoprono altri?

«I motivi sono due. Si dedicano pochi fondi alla ricerca e poi non è stato ancora individuato un nuovo meccanismo per combattere i batteri. Gli antibiotici, infatti, funzionano come i chemioterapici: bloccano la replicazione batterica. Bisognerebbe trovare un'altra strada».

Le statistiche dicono che prendiamo ancora troppi antibiotici.

«Non è solo questo. Bisogna evitare l'autoprescrizione. E vanno usati con criterio: per 5-7 giorni. Invece, soprattutto quando l'antibiotico

co è azzeccato e funziona in fretta, si sospende la terapia, è questo è un male perché il batterio, se viene sottoposto a una bassa concentrazione del farmaco, si abitua a questa situazione e non viene completamente debellato. Così diventa batteriorisistente, cioè un superbatterio. E il danno è fatto».

Molti continuano a ricorrere agli antibiotici anche per curare l'influenza. Che consiglio può dare?

«È assolutamente sbagliato prenderli per l'influenza – è come usare un cannone quando è sufficiente una pistola – le infezioni virali o i raffreddori che non hanno origine batterica. Comunque, secondo gli ultimi dati, pare che gli italiani stiano riducendo il consumo di antibiotici».

Come si può correre ai ripari?

«Nelle situazioni serie bisognerebbe fare un esame dei liquidi biologici, l'antibiogramma, in modo da prescrivere un antibiotico mirato. E poi l'arma migliore è sempre la prevenzione: una scrupolosa attenzione all'igiene degli ambienti e lavarsi le mani bene e con una certa frequenza».

Antibiogramma, test efficace «Così si sceglie la cura più adatta»

È un esame in vitro per valutare se un batterio è sensibile a un antibiotico. In particolare, si può calcolare la resistenza del microorganismo all'antibiotico e scegliere la terapia più adatta



Donatore danese con difetto nel Dna «Nati cento bimbi dal suo seme»

Potrebbero essere 100 i bambini nati dallo sperma di un donatore portatore di una malattia genetica rara. Il suo seme è stato utilizzato da una clinica danese. Dieci donne hanno avuto bimbi con neurofibromatosi



La Ue ci bocchia: primato negativo

L'European center for diseases control (Ecdc) ha 'bocciato' l'Italia nell'uso corretto degli antibiotici: è nella fascia più alta di resistenza per tutti i batteri



Una resistenza da record

Il batterio Klebsiella Pneumoniae, tipico delle infezioni ospedaliere, ha una resistenza in Europa dell'8,3%, mentre nel nostro Paese è tra il 25 e il 50%



Il virologo

Fabrizio Pregliasco (nella foto), 55 anni, virologo dell'università degli studi di Milano, si occupa dell'andamento delle malattie infettive e dell'efficacia delle vaccinazioni

Sanità

Allarme super-batteri resistenti agli antibiotici

FRANCESCO BONGARRÀ

LONDRA. Nel Regno Unito Potrebbe costare la vita fino a 80mila persone la diffusione di una nuova generazione di batteri resistenti agli antibiotici: più o meno tanti morti quanti sono stati quelli a Londra della "Grande peste" del 1665, che uccise un quinto della popolazione della città di allora. Il dato emerge da un allarmante rapporto del governo britannico, che per la prima volta rivela le stime delle possibili vittime dell'infezione da "super batteri", il cui contagio è diffuso soprattutto negli ospedali. La prospettiva viene presa seriamente dal governo britannico, con il primo ministro David Cameron che teme «un ritorno agli anni bui della medicina». «Il rapporto inglese non è nulla di nuovo, è una puntualizzazione su una proiezione forse pessimistica ma possibile, che va rilanciata sia nell'ottica di nuove ricerche e nuovi finanziamenti che anche in quella della promozione di una corretta prescrizione degli antibiotici e di un corretto utilizzo degli stessi da parte dei cittadini. Se non si segue la terapia per tutto il tempo previsto o vengono assunti saltuariamente si fa il gioco del batterio, che in qualche modo rialza la testa». Così il virologo Fabrizio Pregliasco, ricercatore del dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Milano. «C'è una riduzione dell'ingresso di nuovi antibiotici, non abbiamo una nuova classe di antibiotici da un po' di tempo - aggiunge Pregliasco -. E quelli di cui

disponiamo rischiano di essere armi spuntate a causa di un utilizzo a volte eccessivo dell'industria alimentare per gli allevamenti animali. Ma anche per un uso maldestro umano, per diversi motivi: dalla auto-prescrizione, al problema delle terapie mirate (a volte si utilizzano "cannoni" quando servirebbe una "pistola"), per arrivare al fatto che a volte, avvertiti da subito dei benefici, chi li assume non termina la terapia e il batterio sfrutta l'occasione per rialzare la testa». Per la prescrizione corretta degli antibiotici e in ogni ospedale, in Italia il [ministero della Salute](#) ha fatto una campagna di sensibilizzazione. E «per quanto riguarda i batteri che è possibile contrarre proprio in queste strutture, esiste un Cio (Comitato infezioni ospedaliere)», osserva ancora Pregliasco. Un rapporto dell'European Center for Diseases Control (Ecdc) del dicembre scorso ha "bocciato" l'Italia nell'uso corretto degli antibiotici: il nostro Paese ha il non invidiabile primato di essere nella fascia con la più alta percentuale di resistenza praticamente per tutti i batteri. Per il batterio *Klebsiella Pneumoniae*, tipico delle infezioni ospedaliere, la cui resistenza ai carbapenemi, l'ultima "trincea" contro le infezioni, è quasi raddoppiata in media in Europa passando dal 4,6 all'8,3%, mentre nel nostro Paese è tra il 25 e il 50%. La resistenza alla terza generazione di cefalosporine, sempre per la *Klebsiella*, ci vede nella fascia peggiore, quella tra il 25 e il 50%.



LO STUDIO INGLESE

«Antibiotici vinti dai super batteri torna il rischio di epidemie»

LONDRA. La diffusione di una nuova generazione di batteri resistenti agli antibiotici è un pericolo reale. Lo dice uno studio diffuso dal governo britannico, per il quale fino a 80 mila persone nel Regno Unito potrebbero rischiare la vita a causa di malattie non contrastabili con gli antibiotici.

MERETA e VILLA >> 8

INFEZIONI, IL PERICOLO È PIÙ ALTO IN SALA OPERATORIA

«Antibiotici sconfitti dai super batteri: rischio epidemie»

Uno studio diffuso dal governo britannico accende nuovi dubbi sui prodotti più utilizzati

ISABELLA VILLA

L'ALLARME arriva dal rapporto sui rischi e le emergenze nazionali, il "National Risk Register of Civil Emergencies", pubblicato ogni due anni dal governo inglese. Poche pagine, una sintesi delle peggiori disgrazie che potrebbero abbattersi sul Paese: attentati terroristici, disastri ambientali, pandemie come quella dell'influenza aviaria. O una nuova forma di infezione del sangue provocata da batteri resistenti agli antibiotici. Ed è proprio questa a preoccupare di più.

Secondo le previsioni del

rapporto governativo, almeno 80 mila persone potrebbero morire se in Gran Bretagna si sviluppasse un'epidemia provocata da agenti patogeni resistenti ai medicinali. Una cifra catastrofica che riporta alla

"Grande peste" del 1665 quando morì un quinto della popolazione di Londra.

Ma il resto del mondo non è immune da questo rischio. Quello dei batteri resistenti agli antibiotici è ormai un problema mondiale e in Europa, secondo l'Ecdc (il centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie), la "maglia nera" spetta proprio all'Italia (bocciata nell'uso corretto degli antibiotici). Questi "killer" sono microrganismi particolarmente forti, contro cui gli antibiotici attualmente in uso possono provocare e che attecchiscono con particolare facilità in soggetti immunodepressi.

Il rapporto britannico spiega anche che circa duecentomila persone potrebbero essere contagiate da un'infezione batterica del sangue se si verificasse una diffusa epidemia che gli attuali antibiotici non sono in grado di contrastare. Ogni intervento chirurgico di routine, e questo vale per ogni Paese del mondo, potrebbe trasformarsi in una procedura ad alto rischio e molte pratiche della medicina

moderna, a partire dai trapianti, potrebbero diventare «troppo pericolose». Ma il quadro è ancora più fosco: la situazione potrebbe peggiorare ulteriormente nei prossimi vent'anni - recita il rapporto - con un aumento esponenziale del numero di infezioni tanto da far dire al premier David Cameron che si teme «un ritorno agli anni bui della medicina». «Senza antibiotici efficaci - spiega il testo - saranno altissime le possibilità di sviluppare infezioni e di arrivare a un alto tasso di mortalità». Il rischio infezioni non riguarda solo le sale operatorie. Tra i batteri più insidiosi troviamo la Escherichia Coli, la Klebsiella Pneumoniae e lo Staphylococcus Aureus. «Il rapporto inglese - spiega il virologo Fabrizio Pregliasco - è una puntualizzazione su una proiezione forse pessimistica ma possibile, che va rilanciata sia nell'ottica di nuove ricerche e nuovi finanziamenti che anche in quella della promozione di una corretta prescrizione degli antibiotici e di un corretto utilizzo degli stessi. Gli antibiotici che abbiamo rischiano di essere armi spuntate a causa di un utilizzo a volte eccessivo anche da parte dell'industria alimentare per gli allevamenti animali».

villa@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Aglio e cipolle Dall'antichità la formula contro l'Mrsa

... ALCUNI studiosi dell'Università di Nottingham in Gran Bretagna hanno trovato in un antico manoscritto di medicina, il Bald's Leechbook, che risale all'anno mille e di cui esiste un'unica copia conservata nella British Library, un'originale ricetta fatta di aglio, cipolla o porro, vino e bile bovina messe a fermentare. La miscela è stata testata nel marzo scorso e sembra essere efficace contro uno dei superbatteri che più fanno paura, l'Mrsa (stafilococco aureo meticillino-resistente).

200

mila
persone potrebbero
contrarre
un'infezione
batterica del sangue

80

mila
potrebbero morire
per un'epidemia
da batteri resistenti
agli antibiotici



Secondo il rapporto inglese, anche gli interventi più banali potrebbero diventare pericolosi

Londra, allarme antibiotici

«Non vincono più i batteri»

► Ogni anno in Europa sono oltre 3 milioni ► In Inghilterra rischiano la vita in 80 mila le persone infettate nelle corsie d'ospedale Cameron: «Temo anni bui della medicina»

L'EMERGENZA

ROMA La Gran Bretagna lancia l'allarme ma l'emergenza vale per l'Europa intera. Per tutto l'Occidente. Una nuova generazione di batteri è resistente agli antibiotici. I farmaci che oggi abbiamo a disposizione non riescono, cioè, a "vincerli" e quindi debellarli dall'organismo umano.

Un rapporto del governo inglese ha fatto anche il calcolo delle possibili vittime di questa ondata dei neo-batteri: ottantamila a rischio. Un'ipotesi che il primo ministro britannico David Cameron ha deciso di commentare per avvalorare la preoccupazione sanitaria prossima ventura: «Temo un ritorno agli anni bui della medicina».

LE OPERAZIONI

Il rapporto sui batteri resistenti agli antibiotici è stato elaborato dal dipartimento per la Gestione delle emergenze nazionali di Downing Street, l'equivalente della nostra Protezione Civile. «Senza farmaci efficaci - sottolineano gli specialisti inglesi - anche le più semplici operazioni potranno essere a rischio fatale. Tra i batteri più insidiosi l'Escherichia coli, la Klebsiella pneumoniae e lo Staphylococcus aureus».

Gli epidemiologi inglesi hanno, evidentemente, deciso di rilanciare la questione resistenza agli antibiotici dopo che l'Organizzazione mondiale della sanità da anni disegna uno scenario nel quale, ovunque, anche le infezioni comuni e le piccole ferite potrebbero diventare mortali. «L'era post-antibiotici - diceva un anno fa Keiji Fukuda, vicedirettore per la Sicurezza sanitaria dell'Oms - ormai lontana dall'essere considerata una fantasia apocalittica è diventata invece una reale possibilità del XXI secolo».

Anche la chirurgia minore e le operazioni di routine, è l'analisi del rapporto fatta dal "Quotidiano sanità", senza antibiotici mirati «potrebbero diventare procedure ad alto rischio, con conseguente aumento della durata della malattia e di mortalità prematura». Il trapianto di organi come la chirurgia intestinale e alcuni trattamenti tumorali potrebbero diventare pericolosi per il rischio complicazioni. Inoltre, si legge nel rapporto britannico, pandemie influenzali diventerebbero più gravi, senza trattamenti efficaci. Dalla Gran Bretagna un appello per affrontare le antibiotico-resistenze ponendole «come questione prioritaria per l'Oms e di altri organismi delle Nazioni Unite».

Un primo passo, all'inizio di quest'anno. A gennaio, sulla rivista scientifica "Nature", è stata annunciata la nascita di un "super antibiotico" capace di combattere le infezioni causate da superbatteri resistenti. La firma del lavoro è del gruppo della Northeastern University di Boston coordinato da Kim Lewis. Sono state analizzate 10.000 sostanze isolate da batteri del suolo. Una di queste, la teixobactina, si è dimostrata efficace contro tre dei più pericolosi superbatteri: il Clostridium difficile, il Mycobacterium tuberculosis e lo Staphylococcus aureus. Nei test sugli animali non sono stati riscontrati fenomeni di resistenza.

INDUSTRIA ALIMENTARE

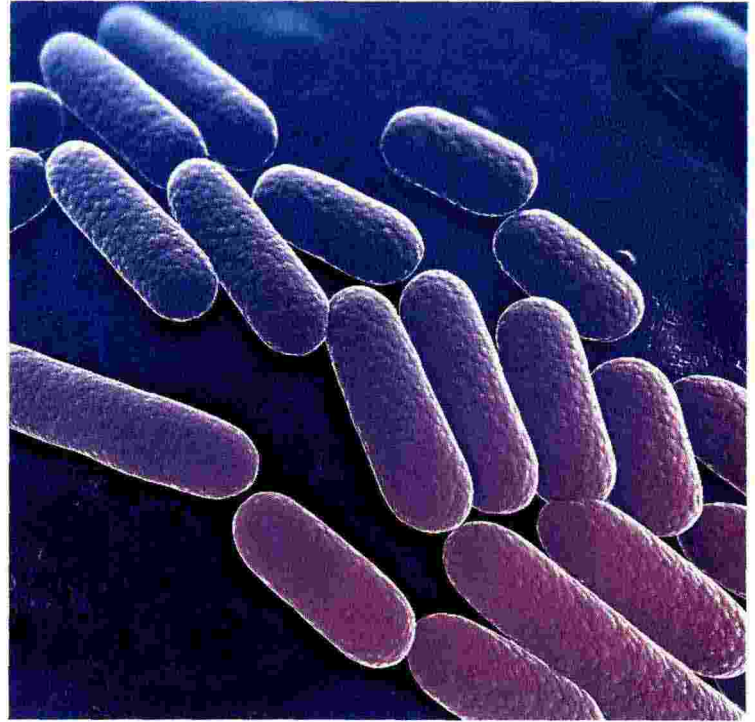
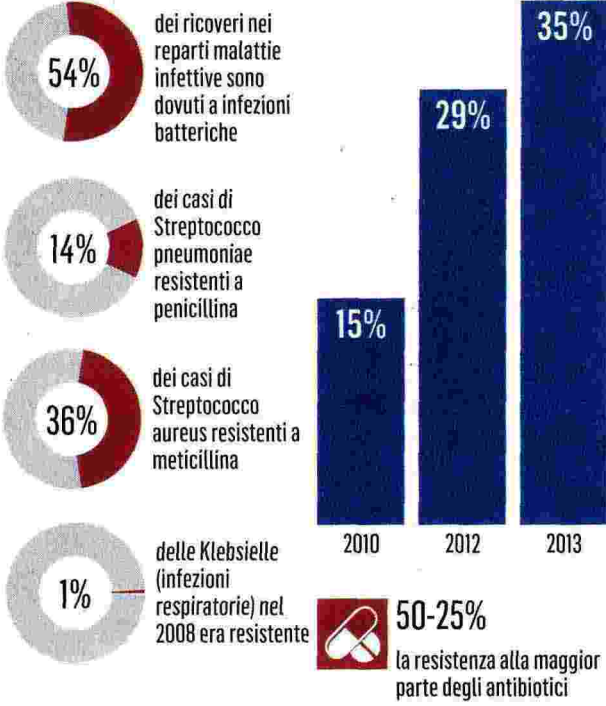
«Il rapporto inglese - commenta così l'annuncio del governo inglese il virologo Fabrizio Pregliasco del dipartimento di Scienze biomediche dell'università di Milano - è la puntualizzazione su una proiezione, forse troppo pessimistica, ma possibile. C'è una riduzione dell'ingresso di nuovi antibiotici, non abbiamo una nuova classe di farmaci da un po' di tempo e, quelli di cui disponiamo rischiano di essere armi spuntate a causa, spesso, di un utilizzo eccessivo anche dell'industria alimentare».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NEGLI USA NATO
UN SUPERFARMACO
DOPO L'ANALISI
DI 10MILA SOSTANZE:
UNA MOLECOLA
CONTRO TRE AGENTI**

Così in Italia



centimetri



07-04-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

E' fatto di segnali biochimici e può essere controllato

Scoperto il linguaggio dei batteri

Anche i batteri, nel loro piccolo, parlano. O meglio, hanno un loro linguaggio tramite cui si scambiano messaggi e si ascoltano a vicenda, e che può essere sfruttato contro le malattie. La scoperta, basata sull'osservazione delle colonie dei microrganismi dell'intestino, è pubblicata sulla rivista Cell Reports e si deve alla ricerca coordinata dal gruppo di Karina de Bivar Xavier, dell'Istituto portoghese Gulbenkian. I batteri dell'intestino possono essere sia 'buoni' che 'cattivi', nel senso che possono aiutare a combattere gli agenti patogeni dannosi per l'organismo, ma anche contribuire a malattie come diabete e cancro. Nelle viscere dei mammiferi sono due le principali famiglie di batteri; i Bacteroidetes e i Firmicutes. Quando si altera il loro equilibrio, ci sono problemi di obesità, diabete, infiammazioni croniche dell'intestino e cancro gastrointestinale. Questi scompensi nell'equilibrio dei batteri si possono avere ad esempio prendendo

un antibiotico o con una dieta scorretta. I ricercatori hanno trovato il modo di sfruttare il linguaggio dei batteri per ripristinare 'l'equilibrio' tra le colonie di batteri nell'intestino a favore di quelli buoni. E' un linguaggio fatto di segnali chimici ed i ricercatori sono riusciti a modularli. Per questo hanno ottenuto in laboratorio un batterio Escherichia coli mutante, in modo da essere incapace di rispondere ad un determinato messaggio biochimico, chiamato AI-2. Quindi questo batterio biotech è stato introdotto nell'intestino di topi trattati con antibiotici, modificando in questo modo lo scambio dei segnali biochimici e di conseguenza l'equilibrio delle diverse famiglie di batteri. Si apre in questo modo la strada a terapie che, sfruttando il linguaggio chimico dei batteri, possono prevenire infezioni e combattere malattie dell'intestino.

FederAnziani Insieme alla diagnosi precoce potrebbe far risparmiare 19 miliardi al Ssn

Farmaci e terapia, decalogo sull'«aderenza»

■ Diagnosi precoce e sviluppo dell'aderenza alla terapia possono portare fino a 19 miliardi di euro di risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale e ad un significativo miglioramento in termini di salute per l'intera popolazione dei malati cronici.

Per questo FederAnziani, la federazione della terza età, ha stilato un decalogo dell'aderenza alla terapia, frutto del lavoro condotto con le 53 società medico-scientifiche partner, con la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), con Federfarma, e a fianco delle istituzioni. Il decalogo dell'aderenza è stato presentato in occasione dell'incontro Punto Insieme Sanità, svoltosi a Roma. Questi i dieci punti: 1) riconoscimento di diritti e doveri del paziente cronico; 2) informazione e formazione del paziente sul programma di terapia; 3) implementazione del monitoraggio dell'aderenza sul territorio; 4) semplificazione delle terapie (farmaco e device) e impatto sull'aderenza delle combinazioni farmacologiche fisse rispetto alle associazioni; 5) creazione dei chronic team tra MMG, specialisti e farmacisti per l'implementazione dell'aderenza; 6) gestione proattiva dell'agenda del paziente da parte di MMG in funzione del piano terapeutico individuale; 7) forte integrazione tra paziente, MMG, specialista e farmacista per il counselling del paziente e il monitoraggio dell'aderenza; 8) formazione specifica del MMG per la presa in carico del paziente cronico; 9) norme dedicate alla continuità terapeutica del paziente cronico; 10) PDTA unico nazionale.



L'Italia ha il record negativo: 50% di resistenza ai farmaci

IL NOSTRO PAESE È QUELLO DOVE GLI ANTIBIOTICI SONO MENO EFFICACI PER L'USO ECCESSIVO DELLE TERAPIE

IL FOCUS

ROMA L'Italia ha un primato: in Europa è il paese con la più alta resistenza agli antibiotici. Le percentuali vanno dal 50 al 25% di questi farmaci. L'uso eccessivo e non appropriato delle terapie negli ultimi decenni, sia per gli uomini sia per gli animali da allevamento, hanno selezionato popolazioni di batteri e altri microrganismi resistenti ad alcune prescrizioni mirate. Non è un caso che il 54% dei ricoveri in tutti i nostri reparti di malattie infettive sono dovuti ad infezioni batteriche.

GLI ANZIANI

La conseguenza diretta: si espongono un gran numero di pazienti al rischio di non poter più utilizzare gli antibiotici che fino ad oggi hanno funzionato. Le infezioni più frequenti sono quelle ai polmoni, le post operatorie e alle vie urinarie.

Oggi, come dimostrano gli studi della Simet, la Società italiana di malattie infettive, un antibiotico su due non funziona. I più fragili, gli anziani. Sopra i 65 anni i fattori di rischio aumentano di almeno tre volte. «Ci preoccupa - a parlare è Marco Tinelli direttore

dell'Unità operativa malattie infettive a Lodi e consigliere Simet - aver rilevato che in molte persone colpite da infezioni il 48% dei farmaci impiegati risulta inefficace. Stiamo affrontando delle emergenze epidemiologiche, in alcuni casi drammatiche, causate dalla sempre più grande diffusione di ceppi batterici con sensibilità a poche o addirittura nessuna classe di antibiotici».

Recentemente è stato isolato, per la prima volta in Italia, dal gruppo dei Microbiologi di Lecce, Siena e Firenze un batterio molto comune che è diventato resistente a quasi tutti gli antibiotici (tranne la colistina) chiamato Citrobacter. «E' presente nell'intestino - aggiungono gli infettivologi - ma determina soprattutto infezioni delle vie urinarie ed è molto diffuso a tutti i livelli. Sia negli ospedali che negli studi medici».

LA TASK FORCE

E' nata da questa emergenza, nel 2008, la Giornata mondiale contro l'antibiotico-resistenza (il 18 novembre) con lo scopo di sensibilizzare sia i cittadini che i medici. «Va sempre ricordato - spiega Luca Pani direttore dell'Agenzia italiana del farmaco che organizza la campagna con il **ministero della Salute** e l'Istituto superiore di sanità (www.antibioticoresponsabile.it)- che gli antibiotici combattono i batteri e non i virus che causano raffreddore e influenza. Contro i quali gli antibiotici, appunto, sono totalmente inefficaci. Sono farmaci importanti e vanno usati in modo consapevole, senza abu-

sarne. Altrimenti rischiano di perdere la loro efficacia. Attenzione con i bambini che non sono dei piccoli adulti. Niente "fai da te" perché esistono differenze notevoli, sia per l'assunzione, l'assimilazione e l'eliminazione dei farmaci, dai primi mesi di vita all'adolescenza». I numeri per comprendere meglio le abitudini "recidivanti" degli italiani: ben il 44% utilizza indiscriminatamente gli antibiotici (dati Aifa), le mamme somministrano questi farmaci al bambino colpito da influenza virale (29%) o raffreddore (14%).

LE DOSI

Secondo i dati di una ricerca dell'Istituto superiore di sanità, che ha coinvolto un campione di circa 2.200 persone, il 60% del campione, sono persone che non completano il ciclo di cura prescritto dal medico perché dicono di «sentirsi meglio o non notano miglioramenti evidenti». Quest'ultimo sembra essere uno degli errori made in Italy più difficili da correggere insieme alla decisione, sempre autonoma da parte del malato, di alzare o abbassare le dosi di antibiotico rispetto al necessario.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RSALUTE/

Osteoporosi. Allarme dei medici: casi

in aumento, molti pazienti interrompono le cure

Terza età, attività fisica per contrastare la sarcopenia

Ossa e muscoli una terapia contro l'invalidità

In Italia ne sono affetti 3,5 milioni

di donne e un milione di uomini

L'importanza di seguire le terapie

ALESSANDRA MARGRETH

LA DISABILITÀ per patologie muscolo-scheletriche è aumentata del 45% negli ultimi venti anni. Fra queste, l'osteoporosi severa (complicata da fratture), se non viene trattata in modo efficace, è tra le maggiori cause di invalidità e può pregiudicare seriamente la qualità della vita. Da qui l'importanza di seguire le cure prescritte. Sono alcuni degli avvertimenti usciti dal recente WCO-IOF-ESCEO 2015, il Congresso mondiale di osteoporosi, osteoartrite e disturbi delle ossa e dei muscoli tenutosi a Milano. L'osteoporosi grave comporta anche enormi costi per i sistemi sanitari nazionali, con una crescita di spesa prevista di circa il 25% entro il 2025 solo in Europa (Fonte: International Osteoporosis Foundation). Con l'osteoporosi avviene un impoverimento della sostanza fondamentale e del contenuto minerale di calcio. Si manifesta quando, nell'organismo, viene perso troppo tessuto osseo o ne viene prodotto troppo poco. Le ossa allora diventano fragili e possono rompersi con molta facilità. Questa patologia è chiamata "ladra silenziosa di ossa", perché non ci si accorge che le ossa diventano sempre più deboli, e la frattura è spesso il primo segno di osteoporosi.

Spiega Giancarlo Isaia, presidente SIOMMMS e direttore di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso all'Ospedale Molinette di Torino: «L'incidenza dell'osteoporosi è in aumento: si stima che oggi ne siano affetti in Italia circa 3,5 milioni di donne e 1 milione di uomini. Siamo in presenza di un problema ad alta priorità sanitaria e sociale».

Secondo dati recenti della Federazione Italiana Osteoporosi e Malattie dello Scheletro, ogni anno nel nostro Paese avvengono circa 85 mila fratture di femore, con un costo diretto di 1 miliardo di euro. Il 75% di queste fratture colpisce donne oltre i 65 anni.

Prosegue il professor Isaia: «Un aspetto importante segnalato al Congresso di Milano è l'inadeguatezza terapeutica. Significa che su 100 persone che hanno subito una frattura al femore o a una vertebra, se ne tratta solo il 25%. Metà di questi pazienti poi dopo un certo periodo interrompe la cura. Vuol dire che solo il 12% dei pazienti viene curato adeguatamente. «Il paziente fratturato si rivolge di solito prima all'ortopedico, poi al fisiatra e quindi al medico di famiglia. Ma evidentemente qualcosa non funziona, se alla fine la terapia viene abbandonata. Il percorso ottimale sarebbe affidare il paziente a un medico esperto di osteoporosi, a prescindere dalla sua specialità. Per questo la SIOMMMS pubblica sul suo sito i centri e gli specialisti di riferimento più vicini alla propria residenza. Il medico di famiglia dovrebbe gestire la situazione in senso generale in quanto, meglio di tutti, è a conoscenza della storia del paziente». Novità nelle terapie? Prosegue Isaia: «Tra i farmaci contro l'osteoporosi ci sono i bisfosfonati, che agiscono inibendo gli osteoclasti, ossia le cellule che fisiologicamente distruggono il tessuto osseo. Una novità è il denosumab, che inibisce anch'esso l'attività degli osteoclasti, ma che per modalità di somministrazione (una fiala ogni 6 mesi) è in genere meglio accettato dai pazienti che non di rado sono costretti ad assumere numerosi altri farmaci. Mentre il teriparatide è un farmaco che stimola gli osteoblasti, cioè le cellule chiamate a ricostruire il tessuto osseo e che ha effetti positivi sulla ricostruzione dell'osso».

«Esiste un altro problema - dice ancora Isaia - nella terza età, la sarcopenia, ossia una importante debolezza muscolare. Chi ne soffre può cadere e rischia di conseguenza di fratturarsi le ossa. La sarcopenia si previene e si contrasta con una continua attività fisica. Il muscolo infatti, se non viene sollecitato, 'invecchia' prima», conclude lo specialista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

