

quotidianosanita.it

Martedì 22 APRILE 2014

Europa. Spesa sanitaria a quota 948 miliardi nel 2012. Il 7,3% del Pil. Italia in linea con la media

Numeri contenuti in un focus dell'Eurostat sull'evoluzione del governo della spesa pubblica degli Stati membri. La Croazia è il paese che spende di più per la sanità (9,2% sul Pil). Ultima la Romania (3,1%). L'Italia in linea con la media Ue. [LE TABELLE](#)

La spesa sanitaria dei 28 Paesi dell'Ue nel 2012 è ammontata a 948 miliardi di euro pari al 7,3% del Pil. Numeri forniti dall'Eurostat in un focus a cura di **Laurent Freysson, Martim Assunção, Michele Marotta, Laura Wahrig**, che ha analizzato l'evoluzione del governo della spesa pubblica degli stati membri. Una fotografia che segnala una stabilità nell'allocazione delle risorse per la tutela della salute visto che anche nel 2011 la spesa dedicata era stata pari al 7,3% del Pil europeo. Certo, risorse in calo rispetto ai fasti del 2009 dove si raggiunse il picco massimo del 7,6% sul Pil dedicato alla salute ma dove, giova ricordare, il 51% del Pil Ue era destinato ai servizi pubblici (nel 2012 è al 49,4%).

Queste dunque le risorse che l'Ue a 28 stanziava per tutelare la salute dei suoi 507 milioni di cittadini. E la Sanità con il suo 14,9% sulla spesa totale rappresenta il secondo fattore di spesa pubblica dopo la protezione sociale (previdenza e sussidi su tutti) in testa con il 40,3%.

Ma chi spende di più e chi di meno in Europa per la sanità nel 2012? In testa alla graduatoria c'è la Croazia che nel 2012 ha stanziato il 9,2% del suo Pil. Segue l'Olanda con l'8,9%. Poi Danimarca (8,6%) e la Francia con l'8,3%.

Lo stato che spende di meno è invece la Romania (il 3,1% del Pil) seguita da Cipro (3,3%) e dalla Lettonia con il 3,9%. L'Italia risulta con il 7,3% in linea con la media Ue a 28.

Per approfondire vedi le [tabelle](#) su: andamento governo della spesa pubblica dal 2002 al 2012; Spesa sanitaria 2012 per Stato Ue e Spesa pubblica Ue per l'anno 2012 per Stato e per comparto.

L.F.

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Ferruccio de Bortoli

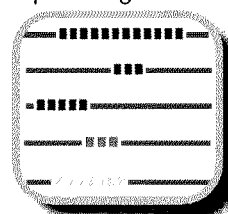
Diffusione Testata
411.400

Como Riconosciuto un danno di cinquantamila euro **Il padre trovato e perso per uno sbaglio dell'esame sul Dna** **L'ospedale dovrà risarcire il ragazzo**

Come funziona il test

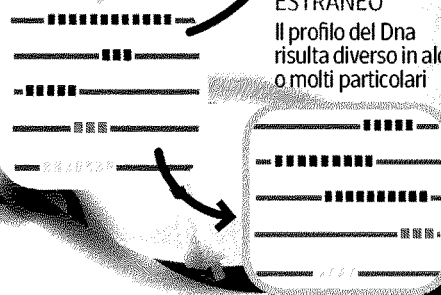
- 1 Si preleva un campione organico (sangue, urina, capelli oppure saliva) del presunto padre e del figlio
- 2 Il campione ottenuto viene introdotto in una «fotocopiatrice molecolare» che riproduce in milioni di copie la regione di Dna da analizzare
- 3 I frammenti di Dna amplificati vengono separati per dimensione; il risultato che si ottiene assomiglia a un codice a barre
- 4 I profili vengono confrontati per verificare la presenza, nel «corredo» del figlio, delle caratteristiche genetiche del padre putativo

PADRE
Il profilo è uguale



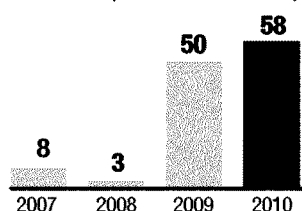
Dna del campione

ESTRANEO
Il profilo del Dna risulta diverso in alcuni o molti particolari

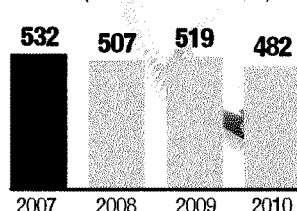


In tribunale

Le ammissibilità dell'azione di dichiarazione giudiziale di paternità o maternità (art. 274 Codice Civile)



Procedimenti per la dichiarazione giudiziale di paternità o maternità naturale (art. 269 Codice Civile)



COMO — Quanto vale un padre? Cinquantamila euro. Stefano oggi ha 14 anni e i ricordi di quei suoi primi tre anni di vita, quando accanto alla mamma c'era sempre anche quello che per tutti era il padre, sono confusi. La donna all'epoca in cui rimase incinta non aveva una relazione stabile e, una volta dato alla luce il bambino, era stato il test del Dna ad accertare che al 99,9% quello era il papà.

Lui aveva accettato la situazione e, pur non convivendo con la donna, trascorreva molto tempo con il figlio. Poi, di colpo, nel 2003 tutto si era spezzato e il padre era sparito. Un nuovo test del Dna aveva accertato che il primo era sbagliato e, nonostante il legame che si era

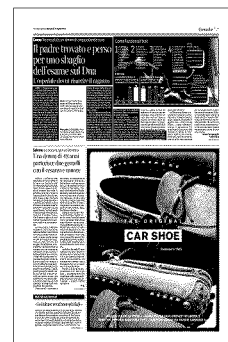
creato (dicono anche che, per uno strano scherzo del destino, i due si somigliassero), lui non ne aveva più voluto sapere ed era sparito. Forse sollevato da una responsabilità che non aveva cercato, di certo incurante del trauma che avrebbe creato a quel bambino che lo chiamava «papà».

Ora, a distanza di undici anni, la Corte d'appello di Milano, confermando la sentenza di primo grado, ha stabilito che quella perdita è equivalente a un lutto («interruzione del vincolo parentale»), e deve essere risarcita a Stefano — che oggi vive con la mamma e il compagno di lei — con quasi cinquantamila euro. Somma che dovrà pagare l'ospedale Sant'Anna di

Como per quel test sbagliato che aveva dato a un bambino un padre sbagliato.

«Per oltre tre anni — sottolinea Giovanna Petazzi, avvocatessa della madre — il bambino ha avuto a tutti gli effetti un padre e se quell'errore non fosse stato fatto forse non avrebbe mai avuto un papà ma, anche se può sembrare paradossale, sarebbe stata sicuramente una condizione meno traumatica rispetto a quella vissuta dal bambino per colpa di quel test sbagliato». Non è chiaro che cosa abbia spinto l'uomo a chiedere un nuovo esame del Dna dopo tre anni in cui nessuno aveva più sollevato dubbi. Di certo già nel processo di primo grado era emerso che l'ospeda-

EMANUELE LAMEDICA



le Sant'Anna non aveva le strutture adatte per effettuare i prelievi e gli esami e per questo motivo è stato riconosciuto responsabile dell'errore.

La difesa aveva chiesto un risarcimento superiore a centomila euro, il doppio rispetto a quanto imposto dai giudici in appello. «Ora — dice l'avvocato Petazzi — stiamo valutando il ricorso in Cassazione. Per quantificare il danno sono state utilizzate le tabelle di riferimento delle lesioni comuni. Credo però che questo caso sia diverso, abbia una peculiarità per cui non può essere accomunato ad altre situazioni. Il danno dovrebbe essere valutato in modo specifico facendo riferimento all'interruzione del vincolo parentale, che la Corte ha riconosciuto, ammettendo però che non può essere risarcito separatamente perché il padre non è morto».

Anna Campaniello
Luigi Corvi



TUMORI: SCOPERTA PROVA "COLPEVOLEZZA" GRASSI IN CANCRO AL COLON

(AGI) - Washington, 22 apr. - Un gruppo di scienziati della Arizona State University ha scoperto una nuova prova genetica che potrebbe legare i grassi dell'alimentazione al cancro al colon. A quanto si legge sulla rivista Proceedings of the National Academy of Sciences, infatti, gli studiosi hanno scoperto che la molecola PPAR delta (peroxisome proliferator-activated receptor delta), se cancellata in un modello murino di cancro al colon, potrebbe arrestare la crescita di un tumore oppure fermarne l'inizio. Le molecole di tipo PPAR svolgono un ruolo centrale nella regolazione, nell'elaborazione e nella conservazione dei grassi all'interno delle cellule. Gli scienziati si sono focalizzati sul ruolo della molecola PPAR delta sull'infiammazione cronica e il progresso del cancro al colon-retto. Dopo aver silenziato il gene che produce questa molecola, infatti, il modello murino di cancro al colon non mostrava più nessun segno clinico o cellulare di infiammazione cronica.

La cura



Scoperta proteina che ripara le lesioni dei nervi

► Disattivare il freno che “tiene a bada” le cellule nervose per farle tornare a crescere, fino a riparare le lesioni. È questa la strada che si è aperta grazie alla scoperta di una proteina onnipresente nell'organismo, ma “insospettabile” per il ruolo che promette di avere. La scoperta è pubblicata sulla rivista *Nature Communications* e arriva dall'università canadese di Calgary. La proteina si chiama Retinoblastoma (Rb) e si trova in tutte le cellule dell'organismo, nelle quali si comporta come un freno che impedisce loro di continuare a crescere al di là di un certo limite. Proprio per questa sua funzione finora la proteina Rb era finora nota soprattutto come una possibile arma nella lotta contro i tumori. I ricercatori sono riusciti a disattivare la proteina Rb per un breve periodo senza riscontrare effetti negativi. Il primo passo ora sarà cominciare a sperimentare la tecnica sul sistema nervoso periferico per curare sintomi come dolore, formicolio, indolenzimento o difficoltà nel coordinare i movimenti di mani, piedi, braccia e gambe.



L'intervento

Aborto farmacologico, fermiamo le bugie

**Carlo
Flamigni**

**Corrado
Melega**

TEMPO FA ABBIAMO SCRITTO UN PICCOLO LIBRO DEDICATO INTERAMENTE ALL'ABORTO FARMACOLOGICO (Flamigni e Melega, Ru486, Non tutte le streghe sono state bruciate, L'Asino d'oro, Roma 2010), per contestare una voce altrettanto ricorrente quanto falsa e basata su informazioni ricavate dalle pagine scientifiche di Topolino, secondo la quale interrompere le gravidanze con metodi farmacologici (in particolare usando le compresse di mifepristone e di prostaglandine in associazione) era responsabile di una importante mortalità materna, certamente più elevata (cose del tutto incontrollabili si inventavano un drammatico «dieci volte tanto») di quella attribuibile agli interventi chirurgici.

In quei tempi la polemica era così accesa che avevamo avuto la sensazione che qualcuno, ad ogni notizia di una complicazione da farmaci, gioisse. Scrivemmo nel nostro libro che non era vero, che la letteratura metteva i due tipi di intervento sullo stesso piano per tutto ciò che ha a che fare con le complicazioni, che non era giusto e non era civile diffondere dati chiaramente inventati per puro amor di fede. Non è bastato, a distanza di qualche anno, a causa del decesso di una donna che aveva iniziato la procedura per abortire con il metodo farmacologico, si torna a parlare delle stesse cose, si pubblicano le stesse menzogne, si torna a far sfoggio di mala-fede.

Non vogliamo nemmeno affrontare quello che dovrebbe essere il problema più importante, il fatto cioè che la responsabilità del mifepristone in questa morte non è per nulla dimostrata, anzi. Siamo invece tornati a controllare la bibliografia - non si sa mai - e non abbiamo trovato novità di rilievo. Rispetto alla nostra ormai vecchia pubblicazione, nemmeno un dato che ci consenta almeno di porci qualche dubbio: solo per fare un esempio, Up-

ToDate, che fa una revisione critica della letteratura due volte all'anno, non ha praticamente cambiato un rigo. È morta una donna, è vero, e ne siamo profondamente addolorati: ma poche settimane prima - e sempre in Italia - erano morte due donne a seguito di un intervento chirurgico (sempre eseguito per interrompere una gravidanza) e nessuno di noi aveva creduto civile commentare quei decessi.

Ma al di là delle macabre classifiche di morte bisogna sottolineare che la metodica farmacologica usata praticamente in tutto il mondo, in alcuni casi fin dai primi anni 90, provoca secondo statistiche che ormai si basano su milioni di procedure, un'incidenza di eventi avversi sovrapponibile alla procedura chirurgica; viene apprezzata dalle donne in misura praticamente simile all'altra, ed è in definitiva una maniera alternativa di abortire con gli stessi vantaggi e svantaggi. È importante che le donne adeguatamente informate possano scegliere. In Gran Bretagna, Francia, Germania, Spagna, nei Paesi scandinavi, praticamente metà delle interruzioni viene eseguita con il metodo farmacologico, la Oms l'ha dichiarata farmaco essenziale senza se e senza ma, non ha mai, ripetiamo mai, confermato le drammatiche asserzioni di chi ritiene che tutta la legge 194 (definita creonte da coloro che non amano la tragedia greca) debba essere cancellata dal nostro ordinamento e ha definito la Ru 486, con particolare buon gusto, la «pillola morte».

Abbiamo comunque chiesto delucidazioni ad alcuni esperti e in particolare a Christian Fiala (christian.fiala@aon.at) che ci ha inviato una grande quantità di riferimenti bibliografici dai quali si evince quello che già sapevano: si muore di aborto, una volta ogni 100.000 interventi, quali che siano le tecniche; si muore molto meno di aborto che di gravidanza (il rischio per le gravide è 13 volte più elevato), molto meno di aborto che di assunzione di Viagra (il rischio per gli equilibristi del sesso è cinque volte più elevato, se si calcola la mortalità tenendo conto del numero di prescrizioni); la somministrazione di un farmaco è una opzione, non è la soluzione finale del problema, e le scel-

te vanno precedute da una completa e corretta informazione, che renda possibile e responsabile l'autonomia. Abbiamo deciso di non entrare in modo più dettagliato nella letteratura, ma se qualcuno lo chiederà potremo mandargli i dati bibliografici che abbiamo ricevuto e un certo numero di pubblicazioni.

A noi basta così, anche se ci piacerebbe che gli influenti esponenti del mondo cattolico che continuano a mentire su questi temi si rendessero conto di comportarsi in modo disonesto e irresponsabile, anche se il fatto che siano relegati a scrivere sui giornali meno importanti del Vaticano li dovrebbe ormai far considerare esclusi dalle discussioni con le persone perbene.

Ci piacerebbe anche che investissimo tutti di più nella prevenzione delle gravidanze non desiderate, una cosa che al mondo cattolico non va bene perché significa educazione sessuale e contraccezione. Abbiamo letto recentemente che l'opinione di questo stesso mondo cattolico (non certo quella del Magistero) nei confronti delle interruzioni volontarie della gravidanza si è completamente modificata, in Italia e nel mondo, a riprova del fatto che quel famoso «scisma sommerso» del quale scriveva Pietro Prini molti anni or sono, è finalmente uscito dalle acque; abbiamo seguito una discussione molto civile che ha coinvolto soprattutto i cattolici delle comunità di base, che hanno esaminato con grande coraggio il problema della dottrina e della possibilità che le modificazioni della morale di senso comune possa modificarla.

Siamo sempre stati convinti che la norma etica si forma e si modifica proprio per i mutamenti di questa morale, che è molto sensibile alle intuizioni dei vantaggi che derivano dalla scienza e dalle conoscenze possibili, vantaggi che debbono necessariamente riguardare i nostri fratelli più sfortunati, e che è molto più ricca di compassione di quanto il complicato e scettico mondo delle religioni possa immaginare. Ci piacerebbe che le persone religiose che hanno voglia di discutere con noi ci rispondessero proprio su questo: può la compassione modificare la dottrina?

Sclerosi multipla Arrivano due nuovi farmaci

Il sogno resta trovare la chiave per decifrarla e debellarla. Oggi però la sclerosi multipla pone una sfida e un'emergenza diverse: combatterne gli effetti, frenare la progressione della disabilità, limitare i danni già causati dalla malattia. In questo campo due nuovi farmaci Genzyme, società del Gruppo Sanofi, teriflunomide ed alemtuzumab, sono in prima linea nella lotta alla sclerosi multipla. Si tratta di terapie innovative già approvate dall'Ema, l'agenzia europea per i medicinali, la cui immissione in commercio è prevista nella seconda metà del 2014. Due nuove armi per la battaglia contro la sclerosi multipla recidivante remittente, la variante più comune.

Teriflunomide è frutto di

un programma clinico tra i più ampi sinora effettuati, avendo coinvolto oltre 5mila pazienti in 36 nazioni. Si è dimostrata efficace nel ridurre il numero dei linfociti T e B in attiva replicazione, controllando in tal modo il proliferare delle cellule che sono la causa dei maggiori

danni provocati dalla sclerosi multipla. Per questo è in grado di abbattere il tasso di recidive e di ritardare la progressione della disabilità.

Alemtuzumab opera invece in modo selettivo sulla CD52, una proteina presente sulla superficie delle cellule T e B attivate, rimuovendo di fatto buona parte delle cellule che generano il processo infiammatorio da cui deriva il danno al sistema nervoso centrale. Il

risultato, anche in questo caso, sono minori recidive e un rallentamento nell'accumulo di disabilità - senza alterare tuttavia stabilmente la capacità dell'organismo di reagire a stimoli immunologici esogeni. Ci sono inoltre segnali incoraggianti anche per una possibile riduzione della disabilità già acquisita.

La svolta riguarderà anche in generale la qualità della vita dei pazienti. I due nuovi farmaci permettono infatti cure meno invasive e più adatte a una patologia cronica. Teriflunomide è, infatti, una pastiglia da assumere una volta al giorno, mentre alemtuzumab prevede

una somministrazione per infusione endovenosa, ma con uno schema molto innovativo: un primo ciclo di cinque giorni

consecutivi seguito, a 12 mesi di distanza, da un secondo ciclo di tre giorni. Totale: otto giorni di terapia in due anni, con benefici potenzialmente estesi per periodi anche significativamente più lunghi.

«Il nostro impegno in questo campo è il naturale proseguimento di una lunga tradizione di ricerca nell'ambito delle malattie rare e dei farmaci orfani», spiega Enrico Piccinini, General Manager di Genzyme in Italia. «Pur non essendo rara, la sclerosi multipla presenta ancora molti bisogni clinici insoddisfatti e l'affrontiamo con la stessa filosofia di sempre: mettendo il paziente al centro e seguendolo in tutto il suo "viaggio", dalla conoscenza della patologia proseguendo con la diagnosi, la terapia e gli outcome di salute a valle del trattamento».

Due nuovi farmaci Genzyme, società del Gruppo Sanofi, teriflunomide ed alemtuzumab, sono in prima linea nella lotta alla sclerosi multipla. Si tratta di terapie innovative già approvate dall'Ema (l'agenzia europea per i medicinali)



L'età critica è tra i 20 e i 40 anni

Tra i 2,5 e i 3 milioni nel mondo, 600mila in Europa, circa 70mila in Italia. Bastano questi numeri, quelli delle persone affette da s. m. per capire quanto sia urgente un cambio di passo nelle cure per la malattia. La difficoltà è a monte: le cause della s. m. - un mix tra fattori genetici e ambientali - restano ignote. Se ne conosce bene solo il meccanismo: quello di una patologia neurodegenerativa demielinizante, che si concretizza nella perdita della mielina e in lesioni a carico del sistema nervoso centrale. È una patologia che colpisce soprattutto le donne in misura più che doppia rispetto agli uomini. Può insorgere a qualsiasi età, ma viene diagnosticata soprattutto tra i 20 e i 40 anni. Il tipo più frequente, che riguarda l'85% dei pazienti, è a decorso recidivante-remittente e alterna episodi acuti e periodi di benessere. Nelle forme più gravi porta a disfunzioni cognitive, fisiche e sociali. E spesso - alcuni studi parlano del 50% dei casi - a stati depressivi.



UN'EMERGENZA SANITARIA ALL'ORIZZONTE

I superbatteri che battono gli antibiotici

VITTORIO A. SIRONI

Rischiano di divenire armi spuntate gli antibiotici che usiamo abitualmente per curare e sconfiggere le malattie infettive: un effetto del loro eccessivo e spesso inadeguato uso nell'ambito delle medicina umana e, ancor di più, in campo veterinario. La prescrizione di antimicrobici per la terapia di patologie febbrili di origine non batterica, come quelle virali, non solo non serve per guarire queste patologie (spesso banali, come l'influenza), ma diventa un boomerang per la tutela della salute.

A PAGINA 3

FRONTIERE DELLA SCIENZA

Superbatteri resistenti ai farmaci Nuova sfida per la medicina

L'uso eccessivo degli antibiotici li sta rendendo inefficaci



di Vittorio A. Sironi

Rischiano di divenire armi spuntate gli antibiotici che usiamo abitualmente per curare e sconfiggere le malattie infettive: un effetto del loro eccessivo e spesso inadeguato uso nell'ambito delle medicina umana e, ancor di più, in campo veterinario. La prescrizione di antimicrobici per la terapia di patologie febbrili di origine non batterica, come quelle virali, non solo non serve per guarire queste patologie (spesso banali, come l'influenza), ma diventa un boomerang per la tutela della salute. La presenza di grandi e persistenti quantità di antibiotico nel corpo di un malato seleziona

ceppi di batteri che diventano resistenti al tipo di farmaco utilizzato, rendendo così inefficace il suo eventuale successivo uso quando questo fosse realmente necessario. La grande velocità riproduttiva dei batteri – alcuni si moltiplicano in decine di migliaia di esemplari nel giro di pochi minuti – amplifica ulteriormente il fenomeno. Spesso, soprattutto in ambiente ospedaliero, ci si trova di fronte a patologie infettive causate da "superbatteri" resistenti ai farmaci che sovente diventano letali per il malato.

Le segnalazioni di nuovi "superbatteri" resistenti agli antibiotici disponibili diventano sempre più frequenti. L'ultimo allarme poche settimane fa. Uno studio del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie di Atlanta, pubblicato sulla rivista *Emerging Infectious Diseases*, afferma che il batterio responsabile della gonorrea, una delle più comuni malattie a trasmissione sessuale, sino a ora facilmente curabile, sta diventando resistente a tutti i farmaci. Attualmente il

germe non viene debellato dalle penicilline e dalle tetraciline, due tra i più datati e utilizzati tipi di antibiotico, e l'unico trattamento efficace rimasto è quello con le ciclosporine. Anche se al momento negli Stati Uniti non sono emersi ceppi immuni alle ciclosporine, sottolineano gli autori dello studio, in altri Paesi si stanno già manifestando ed è solo questione di tempo prima che la diffusione di questi germi resistenti diventi sempre più ampia, coinvolgendo territori ancora indenni. Un'indagine epidemiologica svolta negli ultimi due decenni in diverse città statunitensi ha evidenziato che è sufficiente la presenza di un decimo di forme di gonorrea farmaco-resistenti sul totale dei casi osservati per provocare quasi il raddoppio dell'incidenza nella comparsa di nuovi malati. «Sulla base dell'esperienza derivata dall'uso di altri farmaci – concludono gli autori – la diffusione di un ceppo resistente negli Usa appare imminente».

Ancora più angosciante la recente notizia su una forma di tubercolosi resistente agli antibiotici che sta velocemente espandendosi in Russia. Secondo gli esperti, è dovuta a un "superbatterio" che per una mutazione genetica è in grado di diffondersi molto più rapidamente rispetto al comune germe, oltre ad essere resistente ai farmaci impiegati nella cura di questa infezione. In particolare, anche a quelli di "seconda linea", cioè gli antibiotici ritenuti più potenti usati solo quando quelli abituali (rifampicina e isoniazide) risultano inefficaci. D'altra parte le forme di Mdr-Tb, sigla che identifica le forme di tubercolosi multiresistente alla terapia, non sono un fenomeno nuovo. Le prime segnalazioni risalgono al marzo del 2006, ma il vero allarme scattò nell'estate di quello stesso anno, dopo l'epidemia scoppiata in Sudafrica, con una mortalità quasi del 100 %. Oggi in Italia, sugli oltre seimila casi di tubercolosi annui, solo il 3,7% riguarda forme multiresistenti, ma nel mondo, su quasi 9 milioni di malati (con una mortalità che si avvicina al milione e mezzo), ben il 10% è multiresistente.

Il problema della resistenza batterica è stato ulteriormente acuito negli ultimi decenni dall'indiscriminato uso di antibiotici in ambito veterinario. La loro somministrazione ad animali, soprattutto bovini, non malati – quindi senza una motivazione terapeutica – era determinata dal notevole incremento ponderale che essa determinava. Una pratica quindi non giustificata da ragioni sanitarie, ma esclusivamente da fini commerciali. Anche se l'Europa ha posto al bando negli allevamenti l'uso non terapeutico di antibiotici (la prima norma risale al 1997 mentre la proibizione totale è in vigore dal 2006), limiti meno vincolanti sono in atto negli Stati Uniti, mentre in molti altri Paesi tali limitazioni non esistono affatto. Questa massiccia diffusione di antibiotici nell'ambiente (perché dispersi con liquidi biologici degli animali) e nella popolazione (perché

massiccia in veterinaria. I germi hanno la possibilità di «selezionarsi», mentre l'industria non investe più in ricerca Rischio di epidemie senza rimedi

inconsapevolmente ingeriti con le carni delle bestie trattate ha determinato una "bomba ecologica" incontrollata, destabilizzando rapidamente il delicato equilibrio biologico tra ambiente, genere umano e germi (patogeni e non patogeni) stabilitosi nel corso dell'evoluzione. Ciò rende oggi più difficile respingere gli "assalti" dei germi patogeni, agere infettivi contro i quali la medicina aveva saputo trovare efficaci difese. Il fenomeno della resistenza batterica, inizialmente tipico dei Paesi industrializzati dove l'uso degli antibiotici in terapia umana è esploso subito dopo il secondo dopoguerra, è andato poi interessando anche il resto del mondo, mano a mano che si è diffuso l'uso terapeutico di questi farmaci. Oggi è un problema globale, reso ancora più grave dalla facilità di viaggiare, che espone il rischio di una diffusione in tempi rapidissimi dei "superbatteri".

La resistenza batterica è un problema che mette a dura prova le capacità "creative" della medicina e dei suoi operatori. Quali le strategie per arginare questo esplosivo problema? Un uso più consapevole degli antibiotici sul territorio e dentro gli ospedali rappresenta la strada maestra. Ugualmente è fondamentale interrompere l'indiscriminato impiego non terapeutico degli antibiotici in ambito veterinario. Ma, nonostante tutto, ciò potrebbe non bastare. Di fronte all'avanzata dei "superbatteri" resistenti dobbiamo approntare nuove armi per contrastarli e mettere a punto nuove tecniche per riconoscerli. Dalla fine degli anni 80 non sono state più inventate nuove classi di antibiotici. Quelli che ora usiamo, anche i più recenti, sono molecole messe a punto dall'industria farmaceutica parecchi decenni fa, dalla metà degli anni 40 agli inizi degli anni 80. Da allora lo sviluppo di nuovi antibiotici si è di fatto arenato: da un lato perché si pensava che ormai il campo fosse saturo, dall'altro perché l'industria ha preferito percorrere vie economicamente più vantaggiose, "dimenticandosi" dei bisogni dei malati (soprattutto quelli dei Paesi poveri). Tutto questo mentre molti germi diventavano resistenti ai farmaci disponibili. Per superare questo vuoto occorre che l'industria farmaceutica riprenda – e possa essere, se necessario, incentivata a farlo – la ricerca per scoprire e produrre nuovi antibiotici, tenendo conto che prima dell'arrivo in ambito terapeutico di un nuovo farmaco passano non meno di 15-20 anni dall'inizio della ricerca. Se si incominciassero a lavorare ora, gli antibiotici per gli attuali "superbatteri" non saranno disponibili prima del 2030.

Le biotecnologie possono darci un aiuto prezioso per riconoscere questi infidi germi e accelerare la ricerca di nuovi rimedi. Alcuni scienziati britannici sono riusciti a ottenere la prima mappa completa del Dna di uno dei "superbatteri" più diffuso negli ospedali, lo *Stafilococcus aureus* resistente alla meticillina. L'analisi del genoma ha permesso di identificare 125 mutazioni genetiche responsabili della sua tossicità, rendendo possibile riconoscere i tipi di microbo con la variante che induce farmaco-resistenza. Questa metodica, applicata alla clinica, consentirà due vantaggi: da un lato di facilitare all'industria

L'analisi

Crescono i ceppi che non rispondono alle cure. Sotto accusa la somministrazione inopportuna sui malati e quella

la strada per realizzare nuovi antibiotici efficaci su germi mutati; dall'altro di consentire al medico di personalizzare la terapia antibiotica del malato ottenendo, con un semplice tampone salivare, la tipizzazione del germe all'origine

dell'infezione in modo da evitare il rischio di farmacoresistenza. Queste strategie potranno salvarci da quella che potrebbe essere in futuro una vera apocalisse post-antibiotica.

© RIPRODUZIONE RISER

I numeri

10 per cento

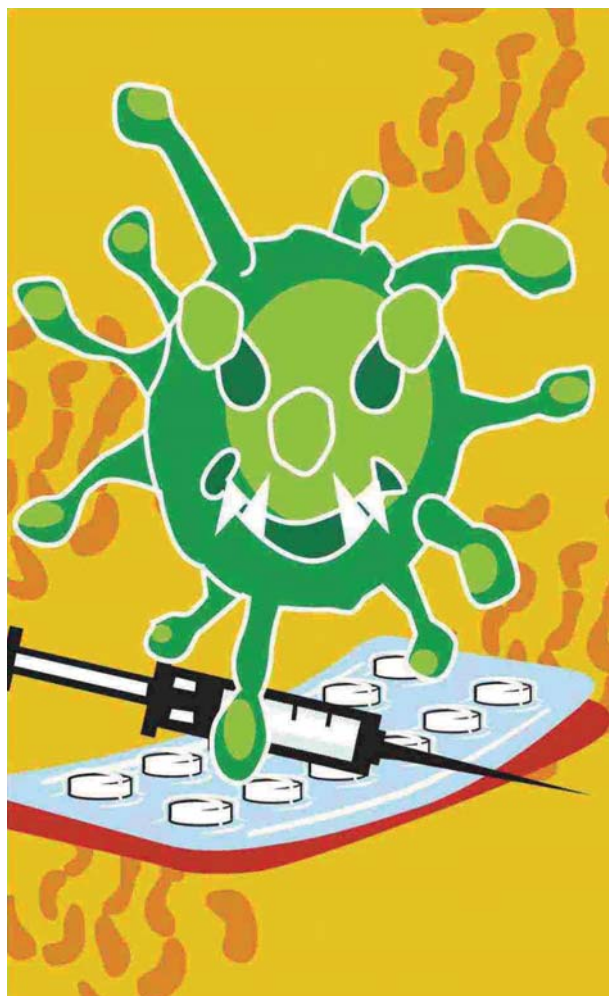
I MALATI COLPITI NEL MONDO DA TUBERCOLOSI FARMACO-RESISTENTE

2006

L'ANNO DA CUI È VIETATO USARE ANTIBIOTICI PER INGRASSARE GLI ANIMALI

15-20 anni

IL TEMPO NECESSARIO PER CREARE UN NUOVO ANTIBIOTICO



Martedì 22 APRILE 2014

Malattie Rare. Lorenzin: “Avviato il confronto con le Regioni sul Piano nazionale”

Il piano di durata triennale è stato trasmesso alla Conferenza Stato Regioni. Analizzati diagnosi, assistenza ai malati rari. Attenzione all'organizzazione della rete nazionale dei Presidi e alle azioni di coordinamento delle attività regionali. Lorenzin: “Un passo in avanti per dare risposte ai malati”

Un documento organico di durata triennale sul tema delle malattie rare, coerente con le strategie di pianificazione e di programmazione già in atto nel nostro Paese. Obiettivo: sviluppare le azioni utili a ridurre la variabilità nella qualità dei servizi offerti ai pazienti e nella loro accessibilità, causata soprattutto da differenze in termini di conoscenza ed esperienza sulle singole malattie. Disparità che si riflettono inevitabilmente in differenti capacità di diagnosi e *follow up* nelle diverse realtà regionali e locali.

Il Ministro della salute **Beatrice Lorenzin** ha firmato la trasmissione dello schema di Piano nazionale sulle Malattie rare (Pnmr) alla Conferenza Stato Regioni per l'approvazione.

“Le persone affette da malattie rare si ritrovano tutte con lo stesso problema – ha affermato Lorenzin – le famiglie si sentono sole e l'assistenza territoriale non è coordinata in modo uniforme. Credo che in un Paese come il nostro dobbiamo essere in grado di dare risposte anche ai malati di malattie meno conosciute. Questo Piano è un passo avanti in tal senso”.

Il documento analizza gli aspetti della diagnosi e dell'assistenza ai malati rari, focalizzando l'attenzione sull'organizzazione della rete nazionale dei Presidi e sulle azioni di coordinamento delle attività regionali, sulle problematiche legate alla nomenclatura e alla codifica delle Malattie Rare, sugli strumenti per l'innovazione terapeutica, sui farmaci (non solo “orfani”) e le norme che regolano la loro erogazione, ma anche sulle misure che possono essere intraprese per migliorare la loro disponibilità.

Un paragrafo specifico è dedicato alle Associazioni che si occupano di malattie rare che svolgono un ruolo importante nell'incoraggiare politiche mirate, ricerche ed interventi di assistenza sanitaria. Un aspetto particolarmente cruciale nel campo delle Malattie rare è la formazione, insieme alla valorizzazione professionale degli operatori sanitari, requisito essenziale da assicurare attraverso la massima circolazione delle conoscenze.

Lo schema di Piano Nazionale delle malattie rare trasmesso alle Regioni affronta anche questo argomento e si sofferma sul valore dell'informazione, non solo ai professionisti della salute, ma anche ai malati e ai loro familiari.

Un'altra importante tematica presa in esame è la diagnosi precoce, perché una delle principali difficoltà incontrate dalle persone colpite da una malattia rara è proprio l'impossibilità di ottenere una diagnosi tempestiva della malattia e ricevere quindi un trattamento appropriato nella fase iniziale, quando è ancora possibile determinare un sensibile miglioramento della qualità della loro vita.