

Venerdì 27 MAGGIO 2016

Mortalità materna. In Italia 9 casi ogni 100mila nati vivi, in piena media europea. Emorragia (43,5%) la principale causa. Studio dell'Iss

Il 21% dei decessi ha riguardato donne di cittadinanza non italiana e una donna su due era di età pari o superiore ai 35 anni. ampia variabilità tra regioni compresa tra un minimo di 6 decessi in Toscana e un massimo di 13 ogni 100 mila in Campania. Per Walter Ricciardi, presidenti dell'Iss, "l'ultima riforma costituzionale contribuirà a sanare le differenze tra le aree geografiche". E annuncia: "In arrivo decreto su registri sorveglianza".

In Italia la mortalità materna si conferma un evento raro, con un tasso analogo alla Gran Bretagna e alla Francia dove muoiono 10 donne ogni 100 mila nati vivi. Nel nostro Paese, tra il 2006 e il 2012, per cause legate alla gravidanza e al parto, ne sono morte nove ogni 100 mila con un'ampia variabilità tra regioni compresa tra un minimo di 6 decessi in Toscana e un massimo di 13 ogni 100 mila in Campania. Sono queste le stime retrospettive più recenti del rapporto di mortalità materna calcolate dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) dell'ISS, finanziato dal Ministero della Salute, in collaborazione con le regioni Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, e Sicilia, e illustrate oggi nel corso del convegno "Sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna" presso l'ISS.

La causa più frequente delle morti materne precoci (ovvero entro 42 giorni dalla nascita) è l'emorragia, responsabile del 43,5% del totale dei decessi, seguita dai disordini ipertensivi della gravidanza (19,1%) e dalla tromboembolia (8,7%). Tra le morti materne registrate nell'intervallo tra 43 giorni e 1 anno dal parto, un quarto è dovuto a suicidi.

"I problemi principali sono dovuti alle differenze interregionali, accentuate dai processi di devoluzione che hanno acuito ulteriormente l'eterogeneità, sia a livello delle prestazioni che della gestione dei punti parto – ha osservato Walter Ricciardi, presidente dell'Iss - Sono però convinto che le ultime riforme istituzionali possano invertire questo trend, in quanto porranno le condizioni per correggere le situazioni di criticità. Allo stato attuale è, infatti, clamoroso come, per esempio, la mortalità in Campania sia doppia rispetto a quella in Toscana. Sino a oggi non potevamo intervenire se non a fatto già avvenuto, invece queste situazioni devono essere prevenute chiudendo i punti nascita pericolosi, standardizzando i migliori comportamenti professionali, razionalizzando le pratiche. La riforma costituzionale, in questo senso, consentirà di lavorare sulle maggiori criticità". Ricciardi ha poi annunciato che è in arrivo un decreto ad hoc per i registri di sorveglianza e che "confido verrà adeguatamente finanziato tramite la prossima Legge di stabilità".

"La mortalità materna– spiega Serena Donati, responsabile dell'ItOSS – è in Italia un fenomeno raro, che, d'altra parte, non è possibile azzerare neppure nei Paesi socialmente avanzati dotati di un buon sistema sanitario proprio come quello italiano. Ciò che possiamo fare, e lo stiamo già facendo, è monitorare attentamente il fenomeno per individuare le principali cause di morte e morbosità materna, e aiutare così i professionisti sanitari a ridurre gli eventi evitabili".

Dal 2015 la sorveglianza è attiva in 8 regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia) che coprono il 73% dei nati del Paese, per un totale di oltre 360 presidi ospedalieri coinvolti. "L'ISS, attraverso il Sistema di sorveglianza ostetrica – va avanti la ricercatrice - coordina un progetto multiregionale population based sulla grave morbosità materna da emorragia del post partum che coinvolge 230 presidi dotati di ostetricia e promuove, al tempo stesso, attività di aggiornamento e formazione dei professionisti sanitari tramite corsi di formazione a distanza e produzione di raccomandazioni per la pratica clinica. E' prevista per il prossimo ottobre proprio la pubblicazione di una Linea guida italiana sulla prevenzione e sul trattamento dell'emorragia del post partum".

Il 21% dei decessi ha riguardato donne di cittadinanza non italiana e una donna su due era di età pari o superiore ai 35 anni, condizione che espone a un rischio di morte materna quasi triplo rispetto a quello delle donne più giovani, mentre il basso livello di istruzione lo raddoppia. Il taglio cesareo aumenta il rischio di mortalità e di grave morbosità materna di oltre quattro volte rispetto a quello delle donne che partoriscono spontaneamente, per quanto si debba tener presente che questo rischio è parzialmente sovrastimato poiché le indicazioni all'intervento chirurgico, se appropriate, sono esse stesse un fattore di rischio per esiti sfavorevoli materni e/o neonatali.

La maggioranza dei decessi (68%) avviene in occasione del parto e il 19% durante la gravidanza. Le morti in occasione del parto nell'86% dei casi seguono un taglio cesareo. In ordine di frequenza i dati della sorveglianza confermano l'emorragia ostetrica come prima causa di morte materna, seguita dalla sepsi, dai disordini ipertensivi della gravidanza e dall'influenza. Le criticità assistenziali più frequentemente segnalate dai clinici che hanno assistito le donne e dai revisori dei casi clinici sono: l'inappropriata indicazione al taglio cesareo, la mancanza di adeguata comunicazione tra i professionisti, l'incapacità di apprezzare la gravità del problema, il ritardo nella diagnosi e nel trattamento e la diagnosi e il trattamento non appropriati.

Il progetto sulla grave morbosità materna da emorragia del post partum, iniziato nel 2014, che ha coinvolto tutti i punti nascita di sei regioni che coprono il 49% dei nati del Paese, ha permesso di stimare per la prima volta l'incidenza del fenomeno. Una donna ogni 1000 che partorisce spontaneamente e tre donne ogni 1000 che subiscono un taglio cesareo vanno incontro a una grave complicazione emorragica del post partum. I principali fattori di rischio sono l'età ≥ 35 anni, aver già avuto un taglio cesareo nelle precedenti gravidanze e partorire con taglio cesareo rispetto al parto vaginale. In forte crescita, a causa dell'aumento dei cesarei, le anomalie della placentazione che possono causare pericolose emorragie difficili da trattare. Su 590 gravi emorragie prese in esame, nel 44% dei casi è stato necessario asportare l'utero per arrestarla.

Grazie ai risultati emersi dalla sorveglianza ItOSS-Regioni, sono state intraprese diverse azioni per migliorare l'assistenza e prevenire i casi di mortalità e grave morbosità materna evitabili:

- un corso di formazione a distanza (FAD) gratuito e accreditato ECM sulla prevenzione e gestione della emorragia del post partum coordinato dall'ISS nel 2014-2015 che ha visto la partecipazione di oltre 6000 professionisti sanitari in 12 mesi.
- una nuova edizione del corso FAD sulla emorragia del post partum nel 2016 - 2017 e un nuovo corso FAD sui disordini ipertensivi della gravidanza che rappresentano la seconda causa per frequenza di morte materna. Oltre 1000 professionisti hanno già partecipato ad entrambi i corsi avviati da due mesi con una media di 50 partecipanti al giorno;
- la realizzazione di una linea guida italiana evidence based su prevenzione e trattamento dell'emorragia del post partum sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS che sarà pubblicata a ottobre 2016;
- la formulazione di raccomandazioni di buona pratica clinica sulle azioni chiave per la diagnosi e il trattamento appropriato di condizioni quali la sepsi, le indicazioni alle tecniche di riproduzione assistita e l'importanza del vaccino anti influenzale in gravidanza.

Allo scopo di condividere i dati raccolti e promuovere attività di ricerca, l'Italian Obstetric Surveillance System partecipa dal 2012 all'International Network of Obstetric Survey System (INOSS) che, tramite una collaborazione multinazionale di organizzazioni, conduce studi population-based su eventi morbosi gravi in gravidanza o al parto. Nel 2016 sarà concluso lo studio sui casi di grave morbosità




materna da emorragia ostetrica, che ha coinvolto tutti i presidi dotati di ostetricia di sei regioni rafforzando la rete della sorveglianza ostetrica. Le nuove conoscenze sulla emorragia del post partum che lo studio mette a disposizione dei clinici e dei decisori saranno utili per migliorare la qualità dell'assistenza al percorso nascita.

Per promuovere la prevenzione del disagio psichico perinatale, nel 2016 l'Emilia-Romagna in collaborazione con l'ISS e le regioni Piemonte, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia ha attivato un progetto dedicato alla maternità e paternità fragile sostenuto finanziariamente dal Ministero della Salute.

Mi piace < 100 mila

HiQPDF Evaluation 05/27/2016

ACCEDI FULLSCREEN CERCA

METEO  OROSCOPO
 CASA  MUTUI
 GIOCHI  SHOPPING

affaritaliani.it
 Il primo quotidiano digitale, dal 1996



Fondatore e direttore
 Angelo Maria Perrino

  il blog

POLITICA ESTERI ECONOMIA CRONACHE CULTURE COSTUME SPETTACOLI SPORT MILANO ROMA REGIONI
 PALAZZI & POTERE LAVORO MARKETING MEDIATECH FOOD SALUTE IL SOCIALE MOTORI VIAGGI FOTO aiTV

NOTIZIARIO

[torna alla lista](#)

Sanità: Iss, in Italia morte materna evento raro, 9 ogni 100 mila nati vivi

27 maggio 2016- 14:57

In piena media europea, causa più frequente l'emorragia



Roma, 27 mag. (AdnKronos Salute) - In Italia la mortalità materna si conferma un evento raro, come nella maggioranza degli Stati Ue. Con un tasso analogo alla Gran Bretagna e alla Francia dove muoiono 10 donne ogni 100 mila nati vivi. Nel nostro Paese, tra il 2006 e il 2012, per cause legate alla gravidanza e al parto sono morte infatti 9 donne ogni 100 mila, con un'ampia variabilità tra regioni compresa tra un minimo di 6 decessi in Toscana e un massimo di 13 ogni 100 mila in Campania. Sono le stime retrospettive più recenti del rapporto di mortalità materna calcolate

dall'Italian Obstetric Surveillance System (Itoss) dell'Istituto superiore di sanità, finanziato dal ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, e Sicilia, e illustrate oggi all'Iss nel corso del convegno 'Sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna'. La causa più frequente delle morti materne precoci (entro 42 giorni dalla nascita) è l'emorragia, responsabile del 43,5% del totale dei decessi, seguita dai disordini ipertensivi della gravidanza (19,1%) e dalla tromboembolia (8,7%). Tra le morti materne registrate nell'intervallo tra 43 giorni e 1 anno dal parto, un quarto è dovuto a suicidi. "Il basso tasso di mortalità materna è anche frutto di un sistema di sorveglianza attiva, nel nostro Paese, che rappresenta un'eccellenza europea in questo campo - dice Walter Ricciardi, presidente dell'Iss - Basti pensare che, senza i dati prodotti dal nostro Itoss, con l'elaborazione dei soli certificati di morte dell'Istat rimarrebbe sommerso il 60% del fenomeno. Noi, invece, con una copertura di oltre il 70% del territorio nazionale, abbiamo ottenuto un risultato straordinario che ci consentirà di diminuire ulteriormente il tasso di mortalità evitabile per un evento che, se pur raro, resta sempre estremamente drammatico". "La mortalità materna - afferma Serena Donati, responsabile dell'Itoss - è in Italia un fenomeno raro che, d'altra parte, non è possibile azzerare neppure nei Paesi socialmente avanzati dotati di un buon sistema sanitario proprio come quello italiano. Ciò che possiamo fare, e lo stiamo già facendo, è monitorare attentamente il fenomeno per individuare le principali cause di morte e morbosità materna, e aiutare così i professionisti sanitari a ridurre gli eventi evitabili". Dal 2015 la sorveglianza è attiva in 8 regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia) che coprono il 73% dei nati del Paese, per un totale di oltre 360 presidi ospedalieri coinvolti. "L'Iss, attraverso il Sistema di sorveglianza ostetrica - aggiunge la ricercatrice - coordina un progetto multiregionale population based sulla grave morbosità materna da emorragia del post partum che coinvolge 230 presidi dotati di ostetrica e promuove, al tempo stesso, attività di aggiornamento e formazione dei professionisti sanitari tramite corsi di formazione a distanza e produzione di raccomandazioni per la pratica clinica. E' prevista per il prossimo ottobre proprio la pubblicazione di una Linea guida italiana sulla prevenzione e sul trattamento dell'emorragia del post partum". Il 21% dei decessi ha riguardato donne di cittadinanza non italiana; una donna su 2 era di età pari o superiore ai 35 anni, condizione che espone a un rischio di morte materna quasi triplo rispetto a quello delle donne più giovani, mentre il basso livello di istruzione lo raddoppia. Il taglio cesareo aumenta il rischio di mortalità e di grave morbosità materna di oltre 4 volte rispetto a quello delle donne che partoriscono spontaneamente, per quanto si debba tener presente che questo rischio è parzialmente sovrastimato poiché le indicazioni all'intervento chirurgico, se appropriate, sono esse stesse un fattore di rischio per esiti sfavorevoli materni e/o neonatali. La maggioranza dei decessi (68%) avviene in occasione del parto e il 19% durante la gravidanza. Le morti in occasione del parto nell'86% dei casi seguono un taglio cesareo. In ordine di frequenza i dati della sorveglianza confermano l'emorragia ostetrica come prima causa di morte materna, seguita dalla sepsi, dai disordini ipertensivi della gravidanza e dall'influenza. Le criticità assistenziali più frequentemente segnalate dai clinici che hanno assistito le donne e dai revisori dei casi clinici sono: l'inappropriata indicazione al taglio cesareo, la mancanza di adeguata comunicazione tra i professionisti, l'incapacità di apprezzare la gravità del problema, il ritardo nella diagnosi e nel trattamento e la diagnosi e il trattamento non appropriati. Il progetto sull'emorragia del post partum, iniziato nel 2014, che ha coinvolto tutti i punti nascita di 6 regioni che coprono il 49% dei nati del Paese, ha permesso di stimare per la prima volta l'incidenza del fenomeno: una donna ogni mille che partorisce spontaneamente e 3 donne ogni mille che subiscono un taglio cesareo vanno incontro a una grave complicazione emorragica del post partum. I principali fattori di rischio sono l'età superiore o uguale a 35 anni, aver già avuto un taglio cesareo nelle precedenti gravidanze e partorire con taglio cesareo rispetto al parto vaginale. In forte crescita, a causa dell'aumento dei cesarei, le anomalie della placentazione che possono causare pericolose emorragie difficili da trattare. Su 590 gravi emorragie prese in esame, nel 44% dei casi è stato necessario asportare l'utero per arrestare l'emorragia. Grazie ai risultati emersi dalla sorveglianza Itoss-Regioni, l'Iss ha avviato diverse azioni per migliorare l'assistenza e prevenire mortalità e malattia. Oltre a corsi di formazione a distanza gratuiti e accreditati Ecm sulla prevenzione e gestione della emorragia del post partum, coordinati dall'Iss, è stata realizzata una linea guida italiana su prevenzione e trattamento dell'evento. Sono state formulate poi raccomandazioni di buona pratica clinica sulle azioni chiave per la diagnosi e il trattamento appropriato di condizioni come la sepsi, le indicazioni alle tecniche di riproduzione assistita e l'importanza del vaccino antinfluenzale in gravidanza. In tema di ricerca, nel 2016 sarà concluso lo studio sui casi di grave morbosità materna da emorragia ostetrica, che ha coinvolto tutti i presidi dotati di ostetrica di 6 regioni rafforzando la rete della sorveglianza ostetrica. Le nuove conoscenze sulla emorragia del post partum che lo studio mette a disposizione dei clinici e dei decisori saranno utili per migliorare la qualità dell'assistenza al percorso nascita.

In vetrina



Agnes e Deniz? Emma si vendica con Andrea Preti, modello de l'Isola

<http://la.repubblica.it/salute>

"C'è un legame tra il cancro e l'uso dei telefonini"



Studio sui topi del National Institute of Health americano: "Ma l'incidenza è bassa". Cauti gli esperti: i dati discordano con i risultati ottenuti in altri laboratori

CI SAREBBE una prima evidenza scientifica della relazione tra l'uso del telefono cellulare e il cancro al cervello nei topi. Il [National Institute of Health](#) degli Stati Uniti ha anticipato i risultati di uno studio secondo i quali c'è una "bassa incidenza" di due tipi di tumori al cervello e al cuore per topi di sesso maschile esposti alle radiazioni emesse dai telefonini.

Lo studio. I ricercatori americani hanno osservato che il 2-3% dei topi maschi colpiti da queste onde elettromagnetiche ha poi presentato l'insorgenza di un glioma, mentre nel gruppo di controllo non si è verificato alcun caso. Nessun effetto è stato invece riscontrato sui topi di sesso femminile esposti alle

stesse radiazioni. Inoltre, e questa è un po' una sorpresa, i topi malati hanno avuto in media una durata di vita più lunga di quelli sani.

Gli autori dello studio fanno notare che il tipo di tumori osservato è simile a quelli già descritti in altri studi epidemiologici sul possibile impatto dei cellulari. E questo rafforza la posizione della Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) che ha classificato come cancerogeni i telefoni mobili. La versione definitiva dello studio del Nih, tuttavia, non sarà pubblicata prima del 2017.

Le radiofrequenze. Il tema del legame fra cellulari e tumori è molto dibattuto. L'Oms ha classificato le radiofrequenze nel gruppo 2b dei 'possibili cancerogeni', ma diverse ricerche epidemiologiche, l'ultima delle quali pubblicata pochi giorni fa e condotta in Australia, hanno escluso connessioni. "Anche se è solo nella fase preliminare, questa ricerca da un contributo al dibattito sull'effetto delle radiofrequenze sulla salute umana" dice **Rodney Croft**, direttore del [Centro australiano per la ricerca sui bio-effetti dell'elettromagnetismo](#). "Ma ci sono alcune cose che vanno chiarite. E' per esempio controintuitivo che i topi che hanno manifestato il tumore vivano più a lungo di quelli sani. Così come è strano che nel gruppo di controllo, non sottoposto a radiazioni, non si sia manifestato alcun caso di cancro. Infine, i risultati dell'esperimento dell'Nih discordano sia con il tasso di incidenza di tumori osservato negli esseri umani, sia con tutti gli altri studi del genere condotti sui topi usando livelli di esposizione alle radiazioni ben più alti di quelli consentiti per le persone. La comunità scientifica ha bisogno conoscere meglio i dettagli di questa ricerca per poterla valutare seriamente".

Le altre ricerche. Servono altri esami per approfondire la questione. Ma tutti gli esperti sconsigliano già l'uso prolungato dei telefonini. "Lo studio è interessante - commenta Fiorenzo Marinelli dell'Istituto di Genetica molecolare del Cnr- . Quando nel 2011 lo IARC, l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'Oms, ha classificato le radiofrequenze in classe 2b cioè "possibili cancerogeni per l'uomo", era già chiaro che serviva usare il principio di precauzione nell'utilizzo di questa tecnologia. I test sugli animali erano ciò che mancava per la classificazione delle radiofrequenze in classe 2a cioè 'Probabili Cancerogeni per l'uomo'. Con ciò si comincia a parlare di un principio di prevenzione, di essere cauti nell'uso dei telefonini e evitare di stare troppo tempo con il cellulare appiccicato all'orecchio. Nel 2004 pubblicammo i primi studi sugli effetti della frequenza del telefono cellulare sui geni del DNA sul Journal of Cell Physiology e lo scorso anno uno studio sugli effetti del telefonino sulla cinetica enzimatica e quindi sul metabolismo cellulare".

I consigli dell'esperto. Cosa fare allora quando si usa il cellulare? "Il telefonino è una radio di emergenza. Va usato solo per le emergenze e non per lunghe conversazioni - conclude Marinelli - . Se si riflette sul fatto che l'attuale limite di esposizione è di 6 V/m

(Volt su metro) per le emittenti fisse, per capirci le antenne esterne, e che il telefonino emette anche oltre 100 V/m attaccato alla testa, siamo esposti a un pericolo continuo. Per lunghe conversazioni conviene cercare di utilizzare il telefono via cavo". (V.P.)

quotidianosanita.it

Venerdì 27 MAGGIO 2016

Ddl Lorenzin. Ecco il testo ufficiale approvato dal Senato pronto per la trasmissione alla Camera

Si attende a giorni l'assegnazione ufficiale alla commissione competente (Affari Sociali) di Montecitorio. Pronto il testo finale del provvedimento approvato dal Senato lo scorso 24 maggio. In tutto 15 articoli nei quali si affrontano diverse tematiche, dalle sperimentazioni cliniche al riconoscimento di nuove professioni sanitarie. Dall'inserimento del parto indolore nei Lea, fino alle nuove norme per i farmacisti. [IL TESTO](#)

Il disegno di legge Lorenzin sulla riforma degli Ordini e le sperimentazioni cliniche sbarca alla Camera. In attesa della sua assegnazione alla commissione referente (Affari Sociali), programmata per la prossima settimana, è stato pubblicato il testo emendato approvato in settimana dall'Assemblea di Palazzo Madama. In tutto 15 articoli che spaziano su argomenti molto diversi: dal riconoscimento di nuove professioni sanitarie all'istituzione di nuovi ordini professionali, dall'inserimento del parto indolore nei nuovo Lea alla previsione di norme più severe per i reati commessi ai danni di persone ricoverate in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali, fino alle nuove norme per i farmacisti.

[Qui la sintesi delle nuove norme articolo per articolo.](#)

Il super batterio più forte degli antibiotici

Allarme dagli Usa. Una donna resiste alle cure per un precedente abuso di farmaci

Antibiotici inutili Il super batterio che resiste alle cure

Il caso negli Stati Uniti, l'allarme degli scienziati
L'Iss: ci sono anche in Italia, ma di diverso tipo

ROMA Sono nemici invisibili e intelligenti, i batteri. Approfitano della sventatezza degli avversari per partire al contrattacco e proteggersi con una corazza difficile da trafiggere. E a quel punto non ci sono più armi per farli fuori. Lo dimostra l'esperienza, per fortuna finita bene, di una signora americana della Pennsylvania, 49 anni, colpita da una cistite. Dopo aver cercato di curarla con antibiotici, i medici si sono arresi e sono passati ad altre terapie. Nessuno funzionava perché negli anni l'organismo della donna, come di milioni di cittadini nel mondo, aveva sviluppato una resistenza ai microbi legata all'assunzione impropria e eccessiva di compresse o sciroppi specifici. Il caso ha fatto scalpore negli Stati Uniti, denunciato dal *New York Times* e dal centro per il controllo delle malattie infettive (Cdc) di Atlanta.

È la prima volta che il responsabile viene identificato. Appartiene alla famiglia dell'Escherichia Coli, diffusissimo nella forma classica. In questa circostanza però si è presentato con una variante genetica (mcr-1) che si è venuta a creare in seguito a un errato uso di antibatterici prolungato nel tempo, nell'uomo e negli animali di cui ci nutriamo. Sono in corso indagini per rintracciare la fonte dell'infezione, forse un ricovero

ospedaliero visto che la signora riferisce di non aver viaggiato nei cinque mesi precedenti la comparsa della febbre alta. La presenza dell'mcr-1 è stata segnalata anche in Cina.

Thomas Frieden, direttore dell'agenzia americana, rilascia un commento lapidario: «La strada di impiego di questi farmaci è arrivata quasi alla fine. Siamo in una situazione in cui non abbiamo nulla da offrire ai pazienti». Il problema è dunque che le attuali armi sono spuntate se non addirittura inefficaci. La ricerca del superantibiotico richiede investimenti poderosi da parte delle imprese farmaceutiche. Poche settimane fa l'azienda Msd ha annunciato lo sviluppo di nuove molecole attive contro il germe stafilococco e una cefalosporina di nuova generazione. Secondo l'*American Society for Microbiology* la frequenza dell'Escherichia Coli mcr-1 «è critica». Non è nuovo l'allarme sulla refrattarietà dei batteri, se ne sta occupando il G7 in corso in Giappone, su impulso britannico. Gli esperti italiani sono preoccupati a metà. «Anche da noi circolano ceppi di Coli con questo gene ma non hanno altre resistenze. Il problema è che questa caratteristica si può trasmettere ad altri batteri», spiega Annalisa Pantosti, Istituto Superiore di Sanità.

Il direttore del centro di epidemiologia Gianni Rezza ricorda che non è il primo isolamento di germe non rispondente: «Casi analoghi li abbiamo visti in Europa e non solo legati al Coli, non sempre grave. In genere il rischio è per i pazienti anziani, nei più fragili, ricoverati nei reparti di terapia intensiva e in condizioni di deficit del sistema immunitario». Quando si trovano di fronte a un episodio di resistenza, i medici provano a cambiare terapia, fino all'ultima spiaggia, la colistina. L'Italia è ai primi posti in Europa per il consumo di antibiotici, fenomeno più accentuato al Sud, come avviene nel resto del continente, presente sia negli ospedali sia in privato. Ovunque i principi attivi più prescritti sono le penicilline.

Gli ultimi dati dell'Agenzia italiana per il farmaco Aifa mostrano un lieve calo di consumo e costi pro capite, ma può essere un miglioramento legato agli inverni miti.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il direttore dell'Aifa

«Il pericolo vero è l'abuso di farmaci, spesso sbagliati»

ROMA Luca Pani, direttore generale di Aifa (Agenzia italiana del farmaco), perché abusiamo di antibiotici?

«Dipende dai medici che prescrivono e dalla mentalità dei cittadini. Basta un raffreddore per ricorrere a terapie improprie. A volte l'uso di antibiotici sarebbe motivato, ma viene preso quello sbagliato».

Quali altre abitudini vanno contrastate?

«Una confezione di antibiotici contiene sei compresse e andrebbero prese tutte. Magari dopo un paio di giorni i sintomi passano e la terapia viene sospesa. Nell'armadietto di casa restano quattro compresse».

Cosa dovremmo fare degli avanzi?

«Dovremmo buttare le compresse negli appositi contenitori presso le farmacie oppure consegnarle al Banco Farmaceutico che distribuisce le medicine raccolte alle persone bisognose».

Altrimenti cosa succede?

«Alla comparsa di nuovi sintomi febbrili chi ha avanzi di antibiotici in casa si cura col fai da te. Gli abusi maggiori avvengono per cistiti, come nel caso della signora americana, e infezioni delle vie respiratorie superiori, naso e gola. Il maggior consumo è nella fascia 0-4 anni e dopo i 64».

Dal 2008 finanziate campagne di sensibilizzazione, 500 mila euro l'anno. Risultati?

«Ci sono dei miglioramenti ma la strada è lunga».

M. D. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Medico
 Luca Pani,
 Direttore
 Generale
 dell'Agenzia
 Italiana
 del Farmaco
 (Aifa)



INDIVIDUATO NEGLI USA

Terrore per il super-batterio più forte di ogni antibiotico

di **Gianluca Grossi**

Un super-batterio, resistente agli antibiotici più efficaci come la Colistina, getta nel panico la comunità scientifica mondiale. Già, perché il microrganismo individuato in Usa - un ceppo riconducibile all'Escherichia coli - potrebbe dare il via ad una pandemia planetaria. «Colpa» nostra, che abusando degli antibiotici di fatto abbiamo reso i batteri più resistenti.

a pagina **15**

IL CASO Si prefigura un ritorno a un'epoca precedente alla scoperta della penicillina

Il superbatterio terrorizza il mondo

È stato individuato nell'urina di un'americana. Resiste anche agli antibiotici più efficaci come la Colistina

40mila

I morti calcolati soltanto in Europa a causa di batteri super-resistenti negli ultimi decenni

2020

La data entro cui si conta di aver prodotto dieci sostanze nuove in grado di fronteggiare i super-virus

SOLUZIONI?

Si lavora per trovare entro il 2020 medicinali di nuova generazione

ALLARME ITALIA

Abbiamo numeri superiori alla media Ue per abuso di antibiotici

Gianluca Grossi

■ Era nell'aria da tempo. Ma solo ora ne abbiamo la conferma: gli antibiotici non sono più la soluzione ideale per fronteggiare le malattie. Stando infatti a una ricerca diffusa dalla rivista dell'American Society for Microbiology esiste un batterio che è ufficialmente in grado di resistere anche all'antibiotico più potente. È stato individuato nelle urine di una quarantenne americana (che, grazie a un po' di fortuna, è stata salvata): si tratta

di un ceppo riconducibile all'Escherichia coli, microrganismo assai noto all'uomo del quale ci si serve anche per condurre esperimenti scientifici. Ma la nuova ricerca mette giustamente in allarme: dall'invenzione della penicillina è la prima volta che si ha a che fare con batteri così potenti, che rimangono indifferenti agli antibiotici più efficaci, compresa la colistina. Si tratta di un preparato farmacologico ottenuto dal Bacillus polymyxa. È stato sintetizzato molti anni fa ed è caduto in disuso per le gravi ripercussioni a livello renale; tuttavia rimane l'ultima spiaggia per cercare di debellare patologie incurabili con gli altri sistemi in commercio. Come quella provocata dallo Pseudomonas aeruginosa di cui non si sa molto, ma si è ben al corrente del fatto che, per esempio negli Stati Uniti, causa annualmente molti decessi. Gli scienziati hanno individuato

il gene della resistenza, battezzato mcr-1. E ora si pensa a come contrastarlo, anche in previsione di un'ipotetica epidemia; che potrebbe investire gli ospedali se non si riesce a capire al più presto le sue dinamiche biologiche. È stato analizzato per la prima volta in Cina e anche in Italia gli scienziati lo conoscono, benché in rapporto a batteri meno pericolosi.

Da noi accade qualcosa di simile con la klebsiella, altro microrganismo che ha già dimostrato di poter resistere all'azione della colistina. Di pochi mesi fa la notizia secon-



do la quale diciannove persone decedute fra il 2013 e il 2014 in Puglia potrebbero essere state vittime di questo microbo. È molto difficile da gestire, perché se da una parte sa convivere pacificamente con l'uomo, dall'altra, all'interno di un fisico già compromesso dalla vecchiaia o da qualche acciaccio, può trasformarsi in un pericoloso assassino; invadendo aree anatomiche che di solito risparmia e innescando processi setticemici irreversibili.

La situazione dell'Italia, che ha numeri da record che la collocano al di sopra della media europea per la presenza di questi «super-batteri», parafrasa perfettamente quella americana, al punto che c'è chi pensa di essere tornati a una sorta di era pre-Fleming. In Inghilterra i casi d'infezione mortale negli anni Novanta erano un centinaio, dal 2005 si superano i duemila decessi. In tutta l'Europa si arriva a 40mila morti. Di questo passo nel 2015 ogni tre secondi ci sarà un decesso causato da un batterio ultraresistente. E c'è la preoccupazione che un doma-

ni anche interventi chirurgici di routine possano creare i presupposti per lo scoppio di un'invasione batterica. Lo dice anche la World Health Organization che addirittura parla di «apocalisse antibiotici». Di fatto la percentuale di batteri che se ne infischia di un numero sempre più alto di antibiotici sta crescendo di anno in anno. Soluzioni? Poche.

Gli scienziati brancolano nel buio. Gli antibiotici hanno rivoluzionato il mondo, ma pensare che possa oggi esserci qualcosa che funzioni allo stesso modo, ma di tutt'altra natura, rischia di essere un'utopia. Per cui si continua sulla stessa strada. Come sta accadendo in America con il progetto 10x20. Lo scopo è arrivare a produrre entro il 2020, dieci sostanze di nuova generazione in grado di vincere anche il microbo più ostile. D'altra parte è anche colpa nostra se le cose vanno così. L'utilizzo spregiudicato degli antibiotici ha, infatti, portato molti batteri a farsi furbi e a riprodursi in modo strategico: così si formano colonie programmate geneticamente per sopravvivere a tutto.

SOLLIEVO AI PAZIENTI ECCO I PASSI DA FARE ORA

UMBERTO VERONESI

Domani si celebra la XV Giornata Nazionale del Sollievo che ho voluto, quando ero ministro della Sanità, per promuovere la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale.

Ma cos'è il sollievo e perché è necessaria una cultura? Dare sollievo non è somministrare una terapia del dolore, ma alleviare i sintomi e i pensieri che pesano nella vita di un malato grave, al di là della sua malattia. Non è quindi solo affrancamento dal dolore fisico, ma capacità di far sentire la persona malata costantemente degna di cura, di attenzione e di amore in ogni fase della malattia, anche quando non è possibile guarire. Oggi può apparire un diritto «naturale» per chi soffre, ma era un principio del tutto marginale nella mentalità dei medici fino a pochi anni fa. Quando nell'anno 2000 ho liberalizzato la prescrizione di morfina per i malati terminali, che ancora sopportavano dolori atroci, ci vollero anni perché i medici di fatto ne apprezzassero l'impiego. C'era resistenza da parte loro perché gli oppiacei sono sostanze «proibite» e c'era resistenza anche da parte dei familiari del paziente perché la morfina veniva vissuta come segnale della fine. E così la fine arrivava nello strazio, invece che nella pace.

Molti progressi sono stati fatti da allora, ma altrettanti ne restano da fare. A sei anni dalla promulgazione della legge 38, che sancisce il diritto all'accesso alle terapie del dolore e alle cure palliative, il 60% dei medici ignora l'esistenza della legge e il 40% degli italiani che hanno una forma di dolore severa non riceve un trattamento adeguato. Il prossimo obiettivo è quindi garantire una fruibilità omogenea sul territorio nazionale di terapie del dolore e cure palliative e dare un aiuto alle famiglie per far fronte alle ripercussioni sociali ed economiche legate al dolore, soprattutto se cronico, di un familiare. Va

riconosciuto inoltre il ruolo fondamentale degli operatori volontari, veri «santi laici». Raggiungeremo sicuramente questo obiettivo con l'impegno del ministero della Salute e le autorità competenti, ma soprattutto con la creazione di una nuova coscienza. Quando nel 1994 ho fondato l'Istituto Europeo di Oncologia, ho voluto che fosse un «ospedale senza dolore». Significa che il dolore fisico in ogni reparto viene misurato e curato come ogni altro effetto collaterale delle terapie, e che viene considerata anche la sofferenza. Quando il dolore fisico viene elaborato dalla mente diventa appunto sofferenza, un disagio profondo analogo a quello che proviamo, ad esempio, per un lutto.

Nella mia esperienza di vicinanza a centinaia di malati terminali ho capito che a volte la sofferenza sovrasta il dolore fisico per via della solitudine, il senso di emarginazione e la percezione di una specie di rifiuto da parte del mondo intorno. E' a questo punto che il medico deve dare il meglio di sé e dedicarsi al paziente con impegno, dialogo e soprattutto amore. Senza amore empatico non ci può essere sollievo e non ci può essere buona medicina in generale. Dare voce a chi ha bisogno di sollievo è dunque un gesto a favore del progresso medico e civile del Paese. Lo intuì molto bene Gigi Ghirotti, giornalista de La Stampa negli Anni 70, che al culmine della sua carriera si ammalò di un linfoma di Hodgkin, tumore allora inguaribile, e «da inviato, suo malgrado, dentro il tunnel della malattia e dell'ospedalizzazione» - per usare le sue parole - informò il Paese della sua esperienza di malato oncologico e poi terminale, senza timore di denunciare gli aspetti più tragici. Dal suo coraggio, è nata una Fondazione che porta il suo nome e che promuove la Giornata del Sollievo, insieme al ministero della Salute, sin dalla prima edizione. Oggi Gigi Ghirotti quasi sicuramente sarebbe guarito.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



L'Olanda affronta il fenomeno L'obesità è in aumento: arrivano le cliniche XXL

CRISTINA GIONGO

Nei Paesi Bassi è aumentato in modo preoccupante il numero delle persone sovrappeso, soprattutto anziane. L'anno scorso erano il 43%, di cui il 12% gravemente obese. Nel 1981 "solo" il 27% soffriva di questa patologia. Per questo motivo ospedali e case di cura hanno deciso di mobilitarsi per offrire ai loro pazienti un'assistenza consona in apposite camere extra large.

Alcune sono già pronte per l'uso: nella casa di riposo Liduinahof, a Boxtel, nell'ospedale Catherina di Eindhoven, (reparto di oncologia e chirurgia) e nella clinica universitaria Erasmus MC di Rotterdam. Altre saranno lo saranno entro il 2018. Ciò che colpisce di queste stanze è proprio lo spazio e le dimensioni enormi di ogni elemento, a cominciare dal locale stesso, di 21 metri quadrati (il bagno di 5 metri quadrati). La misura standard è di 9 metri quadrati. Il letto è largo 110 cm, le porte 109 centimetri (standard 89). Pure le sedie, senza braccioli, sono XXL; il gabinetto può reggere un peso di 230 chili. Alcuni anche 300. Insomma, ogni elemento è su misura per offrire al degente (e al personale paramedico che lo assiste), più comodità e possibilità di movimento.

«Non potete neanche immaginare quanto patisca una persona obesa per tutti i problemi e umiliazioni che deve affron-

tare! Per farvene un'idea provate a sedervi su una sedia piccolissima», ha dichiarato la professoressa Liesbeth van Rossum, dell'ospedale Erasmus. Jos Blik, dell'Associazione olandese obesi, ha sollevato un altro problema:

«Non solo le strutture ospedaliere e quelle di assistenza a domicilio lottano da tempo contro l'inadeguatezza di sistemazioni idonee, ma anche le ambulanze», ha detto Blik.

«Ieri ad Amsterdam una povera donna sovrappeso è stata lasciata a lungo per terra, sul marciapiede davanti a casa sua, come un pacco postale: in attesa che arrivasse un'ambulanza con una barella su cui poterla caricare. Altre due vetture erano state rimandate indietro perché non adatte a ospitarla sul mezzo di soccorso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Shopping on line, una roulette russa L'esperto: prodotti tossici e illegali

Il presidente Aifa: 007 informatici contro le farmacie clandestine

I PIÙ RICERCATI

«Al primo posto le sostanze legate alla sfera sessuale Poi ci sono i dimagranti»

■ MODENA

SEMPRE più italiani acquistano farmaci su Internet. Steroidi, Viagra, antidepressivi, la lista è sconfinata. Basta un dato: su un campione di mille internauti intervistati, il 25% ha comprato o consigliato di comprare medicine on line. L'indagine, recentissima, è stata condotta dall'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) insieme all'Università Sapienza di Roma, nell'ambito del progetto europeo Fakeshare che sul web pubblicherà il racconto di storie vere di danni, o anche morti, per l'assunzione di prodotti trovati in Rete. Abbiamo parlato del fenomeno con il presidente dell'Aifa, Mario Melazzini.

Dottor Melazzini, una persona su quattro coinvolta nella vostra ricerca ha reperito almeno una volta un medicinale fuori dai canali ufficiali. Vi stupisce?

«Assolutamente sì. Chi ha scelto la strada di Internet ha fatto prima di tutto qualcosa di illegale e poi corre il rischio di assumere prodotti pericolosi, contraffatti, spesso tossici».

Si tratta di pazienti alla ricerca di soluzioni a basso prezzo o ci sono altre motivazioni?

«Da quello che ci risulta l'uso terapeutico è limitato, nella maggior parte di casi si tratta di acquisti a scopo, diciamo, ludico-creativo».

Quali sono le tipologie più ricercate?

«Al primo posto ci sono i medicinali per la sfera sessuale e i dimagranti, per la quale gli utenti provano imbarazzo a rivolgersi in farmacia. Poi c'è una discreta quantità di interessati agli antidepressivi».

I canali di vendita si nascondono soprattutto nel deep web. Controllate questi siti?

«Personalmente non conosco bene la Rete oscura, ma posso dire che in molti forum individuiamo

scambi di informazioni preoccupanti, a partire dalle sperimentazioni sul proprio corpo. Non è raro intercettare conversazioni tra sportivi che fanno un uso pesante di steroidi illegali e si scambiano foto coi risultati sui loro muscoli».

Il progetto europeo Fakeshare che obiettivo ha?

«Prima di tutto quello di rendere consapevoli i cittadini che comprano sul web dei pericoli a cui vanno incontro, riportandogli testimonianze dirette di persone che hanno messo in pericolo la loro vita».

Cosa dice la legge attuale in materia?

«Il decreto legislativo 17 del 2014 ha recepito la normativa europea vigente: ora in Italia possono commerciare solo gli operatori che possiedono già il permesso di vendere al dettaglio, come farmacie e parafarmacie. Il mercato è ristretto solo ai prodotti da banco senza prescrizione. I portali legali sono identificati dal bollino di sicurezza del ministero della Salute».

Da dove arrivano questi farmaci?

«Dipende dai casi. Alcuni medicinali provengono direttamente dall'area di produzione: in Asia, per esempio, ci sono tantissime deroghe sui brevetti legati ai bisogni umanitari. Poi ci sono i canali Internet non controllati, dietro cui si celano filiere criminali che utilizzano pastiglie scadute e contraffatte».

Che livello di contrasto c'è in Italia?

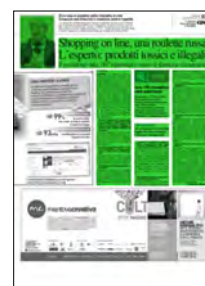
«Il nostro Paese rappresenta un modello, grazie alla forte cooperazione tra istituzioni, Aifa, Nas, ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità, dogane e forze dell'ordine. Vantiamo anche un'intelligence informatica capace di intervenire tempestivamente sui siti illegali. Come Agenzia del Farmaco collaboriamo da tempo con LegitScript di Google, per individuare i mercati illegali e promuoverne la chiusura. I rischi per la salute sono enormi e il nostro lavoro è incessante».

Vincenzo Malara



Solo 190 rivenditori sono autorizzati

Da quando c'è l'ok in Italia alla vendita on line di farmaci senza prescrizione, solo 166 farmacie e 24 parafarmacie hanno ottenuto l'autorizzazione (0,9% del totale nazionale). Piemonte e Campania al top



La scheda

● Una donna americana di 49 anni, colpita da una banale cistite, non è riuscita a curarla con le normali terapie antibiotiche

● L'organismo della donna aveva sviluppato una resistenza ai microbi legata all'assunzione impropria e eccessiva di compresse o sciroppi specifici

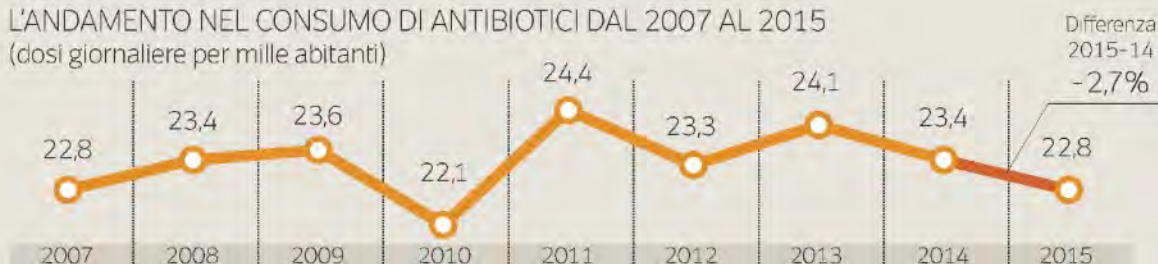


ESCHERICHIA COLI

È un batterio della specie più nota del genere Escherichia. Se ne distinguono 171 sierotipi, ognuno con una diversa combinazione degli antigeni O, H, K, F. Fu scoperto dal tedesco-austriaco Escherich

I consumi

L'ANDAMENTO NEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI DAL 2007 AL 2015
 (dosi giornaliere per mille abitanti)



LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI EQUIVALENTI DEGLI ANTIBIOTICI NEL 2015

Categorie	Spesa lorda pro capite	Differenza 2015-14	Dose giornaliera per 1000 abitanti	Differenza 2015-14	Costo medio giornaliero per 1000 abitanti
Equivalenti	9,9 euro	-3,1%	20,5	-2,5%	1,3 euro
Non di marca	2,2 euro	-1,5%	5,4	-3,6%	1,1 euro
Di marca	7,7 euro	-3,6%	15,1	-2,1%	1,4 euro
Coperti da brevetto	4,9 euro	-3,3%	2,3	-4,0%	5,9 euro
Antibiotici	14,8 euro	-3,2%	22,8	-2,7%	1,8 euro

Fonte: Agenzia italiana del farmaco 2015

Corriere della Sera

I DATI OMS

A rischio 26 milioni di donne

■ Nel mondo 26 milioni di donne e ragazze sono a rischio emergenza sanitaria. È quanto emerge dalle stime dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico diffuse dall'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) nel corso dell'Assemblea mondiale della sanità in corso a Ginevra. Secondo i dati, relativi a 50 Stati considerati fragili, si stima che il rischio di mortalità materna in questi Paesi è di 1 a 54, rispetto a 1 su 4.000 nei Paesi sviluppati. Più del 60% delle morti materne, il 53% delle morti sotto i 5 anni e il 45% dei decessi neonatali avvengono in contesti economicamente fragili.



Di profilo

“Con le mie biotecnologie aiuto i medici di famiglia”

CHIARA BERIA
DI ARGENTINE

Alla ricerca dei segreti del corpo e del sistema nervoso. C'era un volta il medico di famiglia dal buon occhio clinico oggi ci sono due dispositivi super-elettronici - il BIA-ACC e il PPG Stress Flow - dai nomi poco romantici ma che aprono affascinanti porte sul futuro. Rigorosamente made in Italy -più esattamente made in Marcon, Veneto - riescono a fotografare in una manciata di minuti e in maniera non invasiva (solo alcuni sensori vengono applicati a caviglie e a polsi) come siamo fatti, ossia la nostra composizione corporea (è l'esame BIA-ACC) raccogliendo una messe di informazioni e dati dai più macroscopici ai più specifici sulla massa muscolare-scheletrica, i tessuti adiposi, i grassi buoni e i pericolosi accumuli di grasso intra-addominale, il livello dell'acqua e quello dei minerali, lo stato nutrizionale etc etc.

Il secondo dispositivo, PPG Stress Flow, permette invece di analizzare come funziona il nostro sistema nervoso autonomo e, quindi, se fattori di stress fisico o psicosociale, esogeno o endogeno l'hanno alterato. Alla ricerca di sintomi vaghi e aspecifici (Mus, Medically Unexplained Symptoms, ndr) mentre è collegato al macchinario con sensori posti agli indici il paziente deve rispondere a un questionario. Qualche esempio: «Ha disturbi del tono dell'umore? Stanchezza o affaticamento persistenti non alleviati dal sonno? Mani e piedi sempre freddi? Ansia, apatia, attacchi di panico? Gonfiore dopo i pasti, acidità, dolori di stomaco?» Risultato. «Ai medici invece di lunghi e costosi esami mettiamo nel piatto questi nostri dispositivi», spiega l'ingegnere Dario Boschiero, 49 anni, cofondatore e amministratore delegato di BioTekna, azienda di tecnologie biomediche (nata nel 1996 a Marcon, vi lavora un team di 15 tra ingegneri e informatici).

«Noi facciamo una fotografia rapida che raccoglie tanti dati che, grazie alla nostra creatività, abbiamo resi fruibili. Non solo. Visto che nessuno di noi, per fortuna, è uguale è una foto personalizzata. Se risulta sballata il me-

dico deve andare ad approfondire. Ma non è questa la parte più interessante del nostro progetto. Mi spiego. Grazie a esami che hanno permesso diagnosi precoci e a terapie sempre più sofisticate si sono salvate milioni di vite. Il punto però è che siamo sempre ad aspettare che arrivi il problema per aggredirlo. La medicina del terzo millennio invece sarà orientata alla prevenzione e il nostro obiettivo è aiutare le persone a mantenere magari con pochi accorgimenti una ottima performance psico-fisica e quindi schivare le malattie. Dopo anni di ricerche dal 2012 abbiamo cominciato a divulgare le nostre tecnologie. Oggi già 5 mila medici in Italia che le usano».

Rewind. Supersportivo cresciuto sui campi d'atletica leggera (suo padre Guerino è presidente della locale società; suo fratello Diego è stato campione italiano di salto in lungo) Dario, laureato in ingegneria a Vicenza, ha iniziato le sue ricerche osservando proprio gli atleti. «Ogni volta che c'era un problema acuto vedevo che medici, preparatori e fisioterapisti erano ben preparati ad affrontarlo mentre davanti a un malessere cronico finivano in affanno. Ma quali sintomi avevano queste persone? Da esperto in robotica cominciai a studiare i segnali, dapprima i più semplici, che invia il corpo umano». Pubblicazioni, riconoscimenti. A Londra nel 2012 l'ingegnere ha fondato con alcuni luminari (da George Chrousos famoso per le sue ricerche su stress e infiammazioni croniche all'immunologo tedesco, Rainer Straub) l'Open Academy che organizza anche corsi di formazione.

Che cosa hanno in comune i supersani? Risponde Boschiero: «La componente genetica è importante ma può essere facilmente distrutta adottando stili di vita che, per esempio, alterano i ritmi circadiani. Se spostati alla sera la tua vita sociale (vivi-lavori-mangi) manipoli il sistema nervoso autonomo. E ancora. Se vivi in un ambiente molto rumoroso il sistema si adatta e filtra. Poi, affiorano sintomi vaghi ma ci si accorge dell'alterazione solo quando ci ammaliamo».



<http://www.adnkronos.com>

In Italia le 'punturine' rigenerative contro la disfunzione erettile



Una **maggiore sensazione di piacere con un miglioramento delle prestazioni sessuali e la riduzione drastica della curvatura del pene** in caso di deformità. Sono i risultati raggiunti dalla procedura con le plasmacellule arricchite (**Platelet Rich Plasma**), usate per il trattamento della disfunzione erettile e dell'induratio penis plastica, che dagli Usa sbarca ora in Italia.

"La terapia Prp ha un'azione sinergica per tutte quelle persone che non rispondono più per vari motivi al trattamento con gli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5, le famose pillole dell'amore. **Alcuni pazienti hanno addirittura segnalato un aumento della lunghezza e della circonferenza** del pene e del desiderio sessuale", spiega all'Adnkronos Salute Gabriele Antonini, urologo-andrologo di Roma, che ha collaborato con i colleghi Joseph Banno di Chicago e Paul Perito di Miami.

La Prp viene **utilizzata già da alcuni anni, con successo, in ortopedia e medicina dello sport** ed è diventata rapidamente negli Stati Uniti uno dei metodi di trattamento più efficaci per la disfunzione erettile e l'induratio penis plastica o malattia di La Peyronie (condizione che determina l'incurvamento patologico del pene tale da non

permettere più una normale penetrazione). "Il corpo umano ha una notevole capacità di guarire se stesso. La rigenerazione di un tessuto si ottiene con la produzione naturale di cellule staminali - ricorda Antonini - La Prp prevede l'applicazione di piastrine concentrate ricche di proteine bioattive che rilasciano fattori di crescita per stimolare la rigenerazione cellulare e accelerare la riparazione dei tessuti".

Il trattamento inizia con un semplice prelievo ematico messo in una centrifuga che separa plasma e piastrine dal resto del sangue. "Il plasma, altamente concentrato con piastrine arricchite, viene raccolto in piccole siringhe e viene iniettato nuovamente nei tessuti danneggiati. **Il Priapo shot*, così si chiama la procedura - spiega l'urologo - viene effettuato in regime ambulatoriale** applicando localmente una semplice crema anestetica prima dell'iniezione, senza alcun disagio durante il trattamento".

"Negli Usa sono state effettuate **più di 60 mila procedure di Prp senza effetti collaterali o complicanze**. In Italia è stato approvato dal ministero della Salute", prosegue.

"I fattori di crescita **stimolano la rigenerazione di nuovo tessuto nei corpi cavernosi, la crescita di nuovi vasi sanguigni e quindi un miglioramento della circolazione all'interno del pene** - sottolinea Antonini - I risultati consistono in erezioni più forti, maggiore sensazione di piacere. E' come mettere indietro le lancette dell'orologio e ciò che era vecchio e danneggiato torna nuovo. Molti di questi benefici sono immediati dopo l'iniezione. Il trattamento è anallergico e privo di effetti collaterali - conclude - poiché utilizza e reinfonde il plasma della stessa persona".