

<http://www.adnkronos.com/salute/>

Dal vaccino contro il Papillomavirus un aiuto alla fertilità maschile



Dal vaccino anti-Hpv un'arma contro l'infertilità maschile. E' la strategia esplorata da un team di ricercatori italiani del Servizio di riproduzione umana dell'Azienda ospedaliera di Padova, diretto da Carlo Foresta. Dietro la difficoltà ad avere figli, spiegano infatti gli esperti, si nasconde spesso lo 'zampino' del papillomavirus. Il gruppo di scienziati tricolore ha condotto diversi studi che hanno permesso di individuare una stretta relazione tra l'infezione da Hpv di qualsiasi ceppo (alto o basso rischio) e l'infertilità maschile. Tanto che in più report firmati dai camici bianchi padovani su riviste internazionali è stato dimostrato che il virus è presente nel liquido seminale del 20% dei pazienti infertili: è fissato agli spermatozoi e ne determina una riduzione della motilità e della vitalità.

In un nuovo studio presentato al XXX Convegno di medicina della riproduzione in corso ad Abano, i medici dimostrano come la somministrazione di un vaccino quadrivalente possa ridurre sensibilmente i tempi di guarigione e consentire un ritorno alla fertilità, nel 40% dei casi entro i sei mesi dalla guarigione dal virus. In genere il corpo umano elimina naturalmente il virus mediante lo sviluppo di anticorpi. Tuttavia questo meccanismo si verifica in un tempo abbastanza lungo, fino a due anni, e non vi sono terapie specifiche per eradicare l'infezione. Le coppie infertili sempre più spesso chiedono soluzioni immediate alla loro incapacità a procreare perché la maggior parte delle volte le partner hanno un'età in cui la fertilità è già in fase di declino. I ricercatori padovani hanno ipotizzato che lo sviluppo e l'incremento degli anticorpi anti-Hpv, che si induce mediante la somministrazione del vaccino quadrivalente, è in grado di accelerare la lenta guarigione.

Sono stati trattati 40 uomini che presentavano l'infezione da Hpv nel liquido seminale (del ceppo incluso nel vaccino) e sono stati seguiti nel tempo per valutare la persistenza del virus nel liquido seminale e lo sviluppo di anticorpi indotto dall'iniezione scudo.

In questi pazienti la presenza di anticorpi indotti dal vaccino ha determinato l'eliminazione dell'infezione nel liquido seminale in circa la metà del tempo necessario ai soggetti non vaccinati. Inoltre, nei 6 mesi dopo la vaccinazione, il 40% dei pazienti vaccinati ha ottenuto una gravidanza naturale. Questi risultati, concludono i ricercatori padovani, dimostrano per la prima volta che lo sviluppo degli anticorpi anti-Hpv, determinato dal vaccino è in grado di: prevenire lo sviluppo di patologie correlate a questa infezione (condilomi, infiammazioni genito-urinarie, tumori orofaringei), facilitare l'eliminazione dell'infezione quando già presente, migliorare il potenziale di fertilità dei soggetti infertili.

<http://www.corriere.it/salute/>

HA UN'INCIDENZA STIMATA DEL 2-4% DEI TUMORI DELL'APPARATO DIGERENTE

Diagnosi precoce per la sindrome di Lynch

Il sospetto diagnostico sorge in caso «di pazienti affetti da cancro del colon retto o dell'endometrio in età giovanile (inferiore ai 40 anni), con storia familiare positiva
di Mario Pappagallo

Essere affetti da cancro del colon-retto in età giovanile e a causa di geni mutati: è questa la caratteristica principale della Sindrome di Lynch (Ls). Per fare luce sulla complessa sindrome, detta anche «Cancro non poliposico ereditario del colon», i ricercatori della Gastroenterologia ed endoscopia digestiva del Regina Elena-Istituto nazionale dei tumori di Roma, guidati da Marcello Anti, hanno esaminato la letteratura scientifica sul cancro del colon-retto giovanile e pubblicato il lavoro di revisione su «World Journal of Gastroenterology».

«La sindrome di Lynch – spiegano i ricercatori - ha un'incidenza stimata del 2-4% dei tumori dell'apparato digerente, ed è causata da una mutazione a carico dei geni del Mismatch Repair (Mlh1 ed Msh2, meno frequentemente Msh6 e Pms2) che codificano per proteine coinvolte nell'identificazione e riparazione degli errori del Dna. Lo studio comparativo evidenzia una diminuzione dell'incidenza dei tumori colo-rettali in Usa ed Europa, nella popolazione generale sopra i 50 anni, grazie ai programmi di screening, ed un parallelo incremento dal 3% all'8,6% dell'incidenza di cancro colo-rettale nella popolazione giovanile al di sotto dei 50 anni di età, che non rientra nei programmi di screening».

Il sospetto diagnostico sorge in caso «di pazienti affetti da cancro del colon retto o dell'endometrio in età giovanile (inferiore ai 40 anni), con storia familiare positiva, oppure in pazienti con cancri primitivi multipli del colon o altri organi nello spettro della sindrome. La valutazione di questi parametri clinici permette di selezionare i pazienti da sottoporre a screening molecolare sul tumore». E al test genetico, più complesso e costoso, che individua il gene da analizzare. Al Regina Elena sono seguiti 110 pazienti con sindrome di Lynch. Che oltre al colon-retto, predispone a sviluppare tumori giovanili anche in altre sedi: endometrio, ovaio, stomaco, reni, vie urinarie, vescica, pancreas, vie biliari, piccolo intestino.

Malattia di Cushing: una sostanza estratta dai semi del cardo si propone come nuova strategia di trattamento non invasivo



Autore: Francesco Fuggetta, 02 Mar 2015

Tweet

0

g+1

0

Share

MONACO (GERMANIA) – Il trattamento con **silibinina**, un costituente dei semi di cardo mariano, **ha alleviato i sintomi della malattia di Cushing** in colture cellulari, modelli animali e tessuto tumorale umano. In futuro, quindi, i pazienti potrebbero non essere più sottoposti ad un intervento chirurgico al cervello.



La malattia di Cushing, da non confondere con la **sindrome di Cushing**, è causata da un tumore nella ghiandola pituitaria del cervello.

Il tumore secreta un'elevata quantità di **adrenocorticotropina**, l'ormone dello stress (ACTH), seguita dal rilascio di cortisolo da parte delle ghiandole surrenali, che portano ad un rapido aumento di peso, della pressione sanguigna e debolezza muscolare. **I pazienti sono inclini a osteoporosi, infezioni e possono mostrare disfunzione cognitiva o depressione.** Nell'80-85% dei pazienti il tumore può essere rimosso con un'invasiva operazione chirurgica al cervello. Per i casi inoperabili, vi è attualmente una sola terapia mirata autorizzata, che provoca purtroppo intensi effetti collaterali come l'iperglicemia in più del 20% dei pazienti.

Gli scienziati dell'équipe di Günter Stalla, endocrinologo presso l'Istituto di Psichiatria Max Planck di Monaco, hanno scoperto in colture cellulari, modelli animali e tessuto tumorale umano che un innocuo estratto vegetale può essere applicato al trattamento della malattia di Cushing. "La silibinina è il principale componente attivo dei semi di cardo mariano. Ha un profilo di sicurezza eccellente negli esseri umani ed è già utilizzato per il trattamento di malattie del fegato e avvelenamento", ha spiegato **Marcelo Paez-Pereda**, scienziato leader dello **studio** pubblicato sulla rivista scientifica *Nature Medicine*. Dopo il trattamento con silibinina, le cellule tumorali hanno ripreso la normale produzione di ACTH, la crescita del tumore è rallentata e nei topi i sintomi della malattia di Cushing sono scomparsi.

Nel 2013 gli scienziati del Max Planck Institute hanno depositato un brevetto su una vasta famiglia di composti chimici e naturali, tra cui la silibinina, per il trattamento dei tumori ipofisari. Rispetto all'uomo, in cui solo 5,5 persone su 100.000 in tutto il mondo sviluppano la malattia di Cushing, **questa condizione è molto comune in diversi animali domestici**. Ad esempio, il 4% dei cani e addirittura il 7% dei cavalli soffrono della malattia di Cushing. Così, i ricercatori ora intendono testare formulazioni speciali, con una sostanza molto pura e a lento rilascio del componente attivo silibinina negli studi clinici.

"Sapevamo che la malattia di Cushing è causata dall'eccessivo rilascio di ACTH. Così ci siamo chiesti che cosa provoca questa sovrapproduzione e come fermarla", continua Paez-Pereda. Nei loro primi esperimenti i ricercatori hanno trovato quantità estremamente elevate di proteina heat shock 90 (HSP90) nel tessuto tumorale di pazienti con malattia di Cushing. In quantità normali HSP90 aiuta a ripiegare correttamente un'altra proteina, il recettore dei glucocorticoidi, che a sua volta inibisce la produzione di ACTH. "Se nel tessuto tumorale sono presenti troppe molecole HSP90, si legano al recettore dei glucocorticoidi", spiega Paez-Pereda.

"Abbiamo scoperto che la silibinina si lega a HSP90 permettendo alle molecole del recettore dei glucocorticoidi di sciogliersi da HSP90. Con la silibinina – conclude Paez-Pereda – potremmo aver scoperto una strategia di trattamento non invasiva, non solo per la rara malattia di Cushing, ma anche per le altre condizioni che coinvolgono i recettori glucocorticoidi, come i tumori del polmone, la **leucemia linfoblastica acuta** o il **mieloma multiplo**".

Condividi

Mi piace Di' che ti piace prima di tutti i tuoi amici.

R2 / LA SCIENZA

Ecco la classifica dei rumori killer che mandano il cervello in tilt

ELENA DUSI

Quel ticchettio ossessivo che manda in tilt un cervello su 5

Non sopportare i rumori è un disturbo: la misofonia. E colpisce il 20% degli uomini

Spesso un sibilo irrita solo quando proviene da familiari o colleghi di lavoro

“I più intolleranti percepiscono perfino il deglutire di chi hanno accanto”

ELENA DUSI

MASTICARE una gomma tirando su col naso e picchiettando con le dita sul tavolo può essere pericoloso, se di fronte si ha una persona che soffre di misofonia. Si rischia di provocare una crisi di rabbia ed essere aggrediti senza nemmeno saper bene perché. La misofonia infatti è un disturbo troppo lieve per essere studiato dalla medicina. Eppure raramente qualcuno è sfuggito al fastidio estremo che determinati suoni producono. In assenza dei riflettori della scienza ufficiale, sono i pazienti a organizzarsi da sé, con diversi siti per lo scambio di opinioni. A uno degli ultimi nati (*misophonia.com*) ha dedicato un servizio il *New York Times*, con tanto di sondaggio fra i lettori per indicare il tipo di suono più odiato.

Un motivo per prestare più attenzione al fenomeno — clas-

sificato appena una ventina di anni fa — è che i rumori molesti nelle persone colpite da questo fastidio sono in genere prodotti da individui di famiglia o colleghi. Mogli, mariti, fidanzati e vicini di scrivania sono spesso al centro delle ire dei misofobi. Più che un disturbo dell'udito, l'irritabilità di fronte a determinati suoni rischia dunque di scatenare liti coniugali o di ufficio.

Una delle rare ricerche, condotta nel 2013 dalle università di Amsterdam e della California, ha evidenziato infatti che la misofonia inizia spesso tra l'infanzia e l'adolescenza (91% dei casi), è scatenata da persone ben determinate (82% dei casi) ed è ereditaria (55% dei casi). Mentre le reazioni di rabbia scattano immediatamente se a masticare rumorosamente è il coniuge seduto di fronte a tavola, nessun misofobo viene minimamente infastidito dal proprio tirar su col naso o dallo strascicare dei piedi. Tanto che, fa sempre notare la ricerca pubblicata da *Frontiers in Human Neuroscience*, uno degli espedienti per far sbollire la rabbia è proprio quello di imitare il suono fastidioso (anche in funzione di rappresaglia). Né l'interruttore dell'ira scatta se il responsabile del rumore è un bambino o un animale indifeso.

L'irritazione è tanto maggiore quanto più sfuggire alla tortura sonora è difficile. Un vicino di treno o di aereo che mangino rumorosamente, pop corn o chewing gum masticati al cinema fanno sentire il misofono come un animale braccato costretto in un angolo. Se poi il suono fastidioso colpisce in un'aula universitaria o una sala da conferenze, concentrarsi sulle parole diventa impossibile.

Viso e mani sembrano essere le parti del corpo più micidiali.

Masticare pizza o biscotti croccanti e succhiare zuppe sono fra i più comuni “grilletti” dell'ira dei misofobi a tavola. Gola e naso colpiscono in secondo luogo con sgocciolamenti e sbadigli sonori. Il ricco capitolo ufficio comprende penne che scattano a ripetizione, picchietti delle dita sul tavolo e perfino l'ormai inevitabile digitare sulla tastiera. Piedi che vengono strascicati, cani che abbaiano, sedie spostate senza essere sollevate, orologi a pendolo che suonano, labbra che schioccano e dita che scrocchiano completano il quadro dei fastidi più comuni.

In tutto, secondo uno studio dell'università della Florida del Sud pubblicato l'anno scorso, i misofobi raggiungerebbero il 20% della popolazione totale. Individui per il resto normali, senza disturbi dell'udito ma semmai, riferiscono alcune ricerche, leggermente affetti da ansia o da disturbi ossessivo-compulsivi. Sono loro i primi a rendersi conto di quanto le reazioni di rabbia siano eccessive, e il trovare su internet altre persone con lo stesso tipo di disturbo è da questo punto di vista un sollievo. «A dir la verità — confessa Barron Lerner, il docente di medicina autore dell'articolo sul *New York Times* — mi è capitato perfino di avere di fronte pazienti che esacerbavano la mia misofonia. Gli sbadigli erano una tortura particolare, ma arrivavo a sentire perfino il rumore della saliva delle persone che poi lavano di fronte a me».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



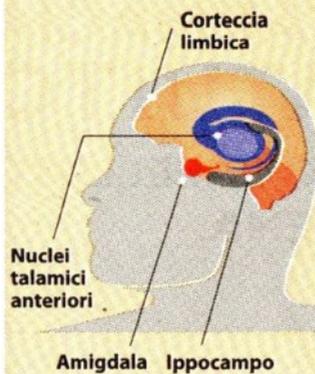
La misofonia

È il fastidio che il cervello prova per uno specifico suono

Provoca reazioni di rabbia nei confronti di chi produce il suono

Una **connessione** molto accentuata fra il sistema uditivo e il sistema limbico del cervello

Il sistema limbico
Il sistema limbico è costituito da una serie di strutture cerebrali che includono:



Il sistema limbico è fra le aree responsabili delle **emozioni**

Chi ne è colpito



Si stima che siano il 20% della popolazione
Il disturbo è associato a una personalità ossessivo compulsiva

I rumori più fastidiosi



Gesso sulla lavagna



Rumore di chi mangia la zuppa



Masticare chewing gum



Il tagliarsi le unghie



Scatti della penna



Tirar su con il naso



Scrocchiare delle dita



Sbadigli a voce alta

passioni & solitudini

Osteoporosi, quella ladra della salute

Alessandra Graziottin

Osteoporosi: ecco un'epidemia insidiosa, causata dal «nemico silenzioso» della salute dell'osso. Una vera «ladra di salute», perché quando si giunge alla diagnosi di osteoporosi, l'osso è già minato in qualità e quantità. Con conseguenze pesanti: sulla vita quotidiana, sull'umore, sulla capacità di autonomia e sull'aspettativa di salute, spesso compromessa in modo irrimediabile. È insidiosa perché, diversamente da malattie che danno subito un doloroso segno di sé, come l'artrosi, l'osteoporosi resta a lungo asintomatica, finché non si manifestano sintomi e segni legati alle sue conseguenze: le fratture.

Come funziona l'osso sano e perché si usura? A tutte le età, l'osso è un tessuto estremamente dinamico. Possiede due gruppi di operai: gli operai costruttori (osteoblasti), cellule che lavorano soprattutto di giorno, quando siamo attivi. Lavorano meglio in presenza degli ormoni sessuali (estrogeni, testosterone, deidroepiandrosterone). Ecco perché dopo la menopausa l'osso va letteralmente in frantumi, se non si hanno stili di vita sani e non si fanno terapie ormonali sostitutive, se non controindicate. Gli osteoblasti non si limitano a costruire l'osso: se facciamo attività fisica, lo costruiscono molto meglio, secondo un progetto «biomeccanicamente adeguato». Depositano cioè il calcio lungo le impalcature di collagene che seguono le linee di forza e di gravità stimulate dall'attività fisica. L'osso diventa allora non solo più ricco di calcio («più denso»): ma anche più elastico, e quindi capace di resistere meglio a sollecitazioni meccaniche che altrimenti potrebbero subito causare una frattura.

Gli operai distruttori (osteoclasti) invece riassorbono l'osso: sono più attivi di notte, oppure quando siamo a letto perché malati, e quando non facciamo attività fisica. Gli osteoclasti sono più attivi anche quando la donna è priva di ormoni sessuali; perché è senza mestruazioni («amenorrea da stress o da dieta»); quando è in amenorrea da allattamento (per la concomitanza della carenza di estrogeni e dell'aumentata richiesta di calcio per formare il latte per il piccolo); e dopo la menopausa. La loro azione distruttiva è ancora maggiore se sono carenti la vitamina

D, il calcio e il magnesio. La vitamina D è ridotta nell'80 per cento delle donne italiane, di tutte le età. Eppure pochi medici la dosano nel sangue e ancor meno la prescrivono, con l'eccezione delle anziane. Invece andrebbe prescritta anche alle giovanissime, se ne sono carenti, soprattutto nei mesi invernali.

L'osso sano è caratterizzato da un equilibrio dinamico tra attività dei costruttori e dei distruttori. Quando invece prevalgono i distruttori aumenta il riassorbimento dell'osso, responsabile prima dell'osteopenia e poi dell'osteoporosi, che si differenziano per la progressiva entità del riassorbimento osseo e per la gravità delle conseguenze (maggiori nell'osteoporosi). Un errore comune è eliminare dalla dieta latte e latticini, perché si è intolleranti al lattosio, senza fare un'opportuna integrazione con almeno 800-1000 mg di calcio al giorno. Inoltre, l'osso contiene il 90% del magnesio totale. Poiché il 20 per cento della popolazione italiana ne è carente, può essere indicata un'integrazione in questo senso (1500 mg di magnesio pidolato al giorno sono perfetti per costruire un osso sano). Ma è sempre indispensabile il movimento fisico quotidiano: almeno 45 minuti/un'ora di passeggiata veloce, per «impastare» tutti gli ingredienti e costruire bene la torta che si chiama osso.

Quando presenta il conto, l'osteoporosi presenta parcelle diverse, con un denominatore comune: la frattura, che può interessare le vertebre, il femore e/o il polso. Come tutti i ladri insidiosi, comincia con piccoli furti, le microfratture vertebrali, per arrivare poi al crollo drammatico dell'intero corpo vertebrale, con dolori violentissimi. Riduce l'altezza, causa l'ingobbirsi progressivo («cifosi»). In caso di caduta, può colpire anche il femore o il polso. All'opposto dell'artrosi, il dolore cronico da osteoporosi è minimo al mattino e si aggrava durante la giornata. Nelle donne magre si accompagna spesso all'Alzheimer, ladro di cervello. Una densitometria ossea a 50 anni, o prima in caso di menopausa precoce, è utile per riconoscere l'osteopenia, anticamera dell'osteoporosi. Ma poi bisogna essere rigorose nello stile di vita e nelle cure. Altrimenti la ladra di salute ci lascerà malate, disperate e piene di dolore, per sempre.

www.alessandragraziottin.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 02 MARZO 2015

Fascite plantare. Dagli USA un trattamento risolutivo con gli ultrasuoni

Sotto guida ecografica si utilizza l'energia degli ultrasuoni per penetrare, emulsionare e rimuovere il tessuto fasciale malato. Consentendo al tessuto sano di rigenerare, restaurando la funzione della fascia. Successo nel 90% dei casi. Con un netto miglioramento dei sintomi di questa non grave ma dolorosissima patologia del piede

Pur non essendo una patologia grave, la fascite plantare, di certo è una seccatura non da poco che può diventare invalidante. L'infiammazione di quella fascia di tessuto simile a un tendine che attraversa tutta la pianta del piede, dal tallone alla base delle dita, è una di quelle condizioni che mettono letteralmente a terra. Il dolore tipico della fascite plantare, caratterizzato da una fitta dolorosa al tallone (come una 'pugnalata'), si avverte in genere al mattino, non appena si scende dal letto o quando ci si alza dopo essere restati a lungo seduti. Dopo un po' diventa un dolore sordo, ma sempre presente, pronto a ripresentarsi con le caratteristiche della stiletata, quando ci si rimette in piedi.

Colpisce soprattutto le donne e può comparire dopo un allenamento intenso, di quelli che sollecitano molto tallone e tessuti limitrofi, come l'aerobica o la corsa; particolarmente a rischio è la stagione che precede l'estate, quando sono in molti ad esagerare con gli allenamenti, nell'intento di rimediare alla pigrizia e ai 'cuscineti' messi su con l'inverno. A rischio anche chi, magari per lavoro (insegnanti, dentisti, ecc), passa molto tempo in piedi. E naturalmente nella *top ten* dei fattori di rischio, non possono mancare le scarpe sbagliate, dai tacchi vertiginosi, alle *sneaker* che non ammortizzano i colpi a livello del tallone.

E' la più frequente patologia invalidante del piede e colpisce circa il 10 per cento della popolazione americana, generando oltre 1 milione di visite ogni anno.

Ma dagli Stati Uniti, dove è in corso in questi giorni il congresso della *Society of Interventional Radiology's Annual Scientific Meeting*, arriva una buona notizia. Un gruppo di ricercatori ha messo a punto una nuova tecnica di radiologia interventistica. Il trattamento, che viene condotto sotto guida ecografica, consiste nell'utilizzare l'energia degli ultrasuoni per penetrare, emulsionare e rimuovere il tessuto fasciale malato. L'eliminazione delle parti malate, consente al tessuto sano di rigenerare, prendendo il posto del vecchio e restaurando così la funzione della fascia.

Nello studio* presentato al congresso dei radiologi interventisti sono stati arruolati, a partire dall'agosto 2013, un centinaio di pazienti affetti da fasciopatia plantare cronica refrattaria, che avevano tutti fallito la risposta a farmaci, fisioterapia e supporti dell'arco plantare. Tutti i pazienti presentavano in dolore tale da interferire con le attività della vita quotidiana, valutato attraverso il *Foot and Ankle Disability Index* (FADI). Lo stesso criterio di valutazione veniva considerato a distanza di due e settimane dal trattamento, poi a distanza di 6 mesi.

Già due settimane dopo il trattamento con gli ultrasuoni, il 90% dei pazienti riferiva un netto miglioramento dei sintomi, che si manteneva a sei mesi. Non sono state riportate complicanze correlate al trattamento.

“La fascite plantare è una condizione estremamente frequente – ricorda uno degli autori dello studio, **Rahul Razdan**, radiologo interventista presso l'*Advanced Medical Imaging* di Lincoln (Nebraska, Usa) –

e decisamente invalidante. Le opzioni di trattamento tradizionali sono molto limitate, dagli antidolorifici, alla terapia fisica. Ma si tratta di palliativi, non di soluzioni permanenti. Per questo sono così importanti i risultati del nostro studio; i pazienti affetti da fascite plantare da oggi hanno una vera possibilità di trattamento. Alcuni dei soggetti trattati avevano una forma così grave di fascite da impedir loro di stare in piedi, per giocare con i figli o portare fuori il cane. Il trattamento con gli ultrasuoni, ha restituito loro la gioia di vivere.”

Maria Rita Montebelli

*Abstract 78, “Percutaneous ultrasonic fasciotomy: Anovel approach to treat chronic plantar fasciitis,” R. Razdan, E. VanderWoude, Radiology, Advanced Medical Imaging, Lincoln, Neb.

Anziani malati di troppi farmaci «Uno su cinque torna in ospedale»

Il carico di medicine aumenta dopo un ricovero: rischio di reazioni

LA METÀ degli over 65 prende abitualmente oltre cinque farmaci, ma dopo un ricovero ospedaliero il carico di medicine aumenta ancora di più e la maggioranza si ritrova con oltre sei tipi diversi da prenderne ogni giorno. Così nel giro di tre mesi dal primo ricovero un anziano su cinque torna in ospedale per troppi farmaci. Lo dimostrano i dati del registro Reposi (Registro Politerapie Simi) della Società Italiana di Medicina Interna (Simi), istituto Mario Negri e Politecnico di Milano secondo cui sei pazienti su dieci sono esposti al rischio di interazioni e reazioni pericolose per la salute a causa di prescrizioni inappropriate ed eccessive. Alle dimissioni al 24% degli anziani viene prescritto un antidepressivo senza che vi siano segni di un disturbo dell'umore, al 63% un gastroprotettore indipendentemente dalle necessità. Un utilizzo migliore delle prescrizioni ridurrebbe del 10-15% i ricoveri ospedalieri, affermano gli esperti della Simi, e del 30-40% i costi delle terapie degli over 65 che oggi sfiorano i 16 miliardi di euro.



Prescrizioni improprie

L'Aifa stima che ogni anno ci sia un esborso di 200 milioni causato da ricette non adeguate solo per i gastroprotettori. Tenete un rapporto costante con il medico di famiglia

Donatella Barbeta
■ ROMA

LO CHIAMANO effetto 'porte girevoli': spesso gli over 65 dimessi dall'ospedale vi fanno ritorno nel giro di tre mesi e molto dipende dalla prescrizione di farmaci inappropriati e in eccesso.

Perché gli anziani prendono tanti farmaci?

«Sono affetti da diverse patologie croniche, cioè quelle che non guariscono – risponde Graziano Onder (nella foto), geriatra del centro medicina dell'invecchiamento dell'università Cattolica-policlinico Gemelli di Roma – e si stima che circa il 60% degli ultrasessantacinquenni soffre di due o più malattie. In Italia gli over 65 sono dodici milioni e di questi l'11%, quindi circa un milione e mezzo, prende contemporaneamente 10 farmaci. È la cosiddetta politerapia».

E in ospedale il numero delle medicine aumenta ancora?

«Certo, perché il ricovero in ospedale avviene dopo un evento acuto, come infarto, polmonite, influenza. È chiaro, quindi, che all'abituale terapia vengano anche aggiunti gli antibiotici, per esempio



nel caso della polmonite».

Quando questi pazienti tornano a casa, non c'è il rischio che confondano i farmaci?

«Capita che in presenza di deficit cognitivi sbagliano l'assunzione delle pastiglie perché scambiano i colori, oppure che si manifestino effetti avversi causati dall'interazione tra le diverse medicine».

Secondo lo studio della Società italiana di medicina interna, nel momento delle dimissioni agli anziani viene prescritto un gastroprotettore, cioè una medicina che protegge lo stomaco, indipendentemente dalle necessità. Come mai?

«Vengono prescritti in maniera non adeguata o per medicina difensiva o per evitare effetti collaterali. L'Aifa (Agenzia del farmaco) ha stimato che ogni anno dalle casse del Servizio sanitario nazionale ci sia un esborso di 200 milioni di euro dovuti alle prescrizioni improprie per gastroprotettori».

Quali consigli dare agli anziani e ai loro familiari?

«Tenere uno stretto rapporto con il medico di famiglia o con lo specialista per rivalutare costantemente la terapia. Un momento delicato in cui fare il punto è rappresentato dalle dimissioni dall'ospedale. E poi è bene segnalare subito eventuali disturbi».





5.000 pazienti

Quelli ricoverati in 95 centri internistici e geriatrici di tutt'Italia: sono stati inclusi nel Registro Reposi, avviato nel 2008

63% degenti

Percentuale di prescrizioni di un gastroprotettore alle dimissioni degli anziani indipendentemente dalle necessità

16 miliardi

I costi delle terapie degli over 65: potrebbero diminuire del 30-40% con un utilizzo migliore delle prescrizioni

L'allarme dello specialista «Nuovi sintomi, altre pillole»

Pier Mannuccio Mannucci, direttore scientifico del Policlinico di Milano: «Spesso la comparsa di nuovi sintomi viene interpretata come lo sviluppo di nuove malattie. E innesca altre prescrizioni»



(Olycom)

Un allarme Anziani spesso ricoverati per eccesso di... farmaci

ROMA

Lo chiamano effetto "porte girevoli": si tratta del rientro in ospedale causato per gli anziani una volta su cinque da un eccesso di farmaci. La metà degli over 65 prende abitualmente oltre cinque farmaci, ma dopo un ricovero il carico di medicine aumenta. Così nel giro di tre mesi dal primo ricovero un anziano su cinque torna in ospedale per troppi farmaci.

Lo dimostrano i dati del registro Reposi (Registro Politerapie Simi) della Società Italiana di Medicina Interna (Simi), istituto Mario Negri e Politecnico di Milano secondo cui sei pazienti su dieci sono esposti al rischio di interazioni e reazioni pericolose a causa di prescrizioni inappropriate ed eccessive.

Alle dimissioni al 24% degli anziani viene prescritto un antidepressivo senza che vi siano segni di un disturbo dell'umore, al 63% un gastroprotettore senza necessità. Un utilizzo migliore delle prescrizioni ridurrebbe del 10-15% i ricoveri, dicono gli esperti Simi, e del 30-40% i costi delle terapie degli over 65 (oggi quasi 16 miliardi di euro). Alcuni farmaci aggravano una malattia già esistente e spesso la comparsa di complicazioni o nuovi sintomi viene interpretata come sviluppo di nuove malattie. E questo innesca nuove prescrizioni di nuovi farmaci.

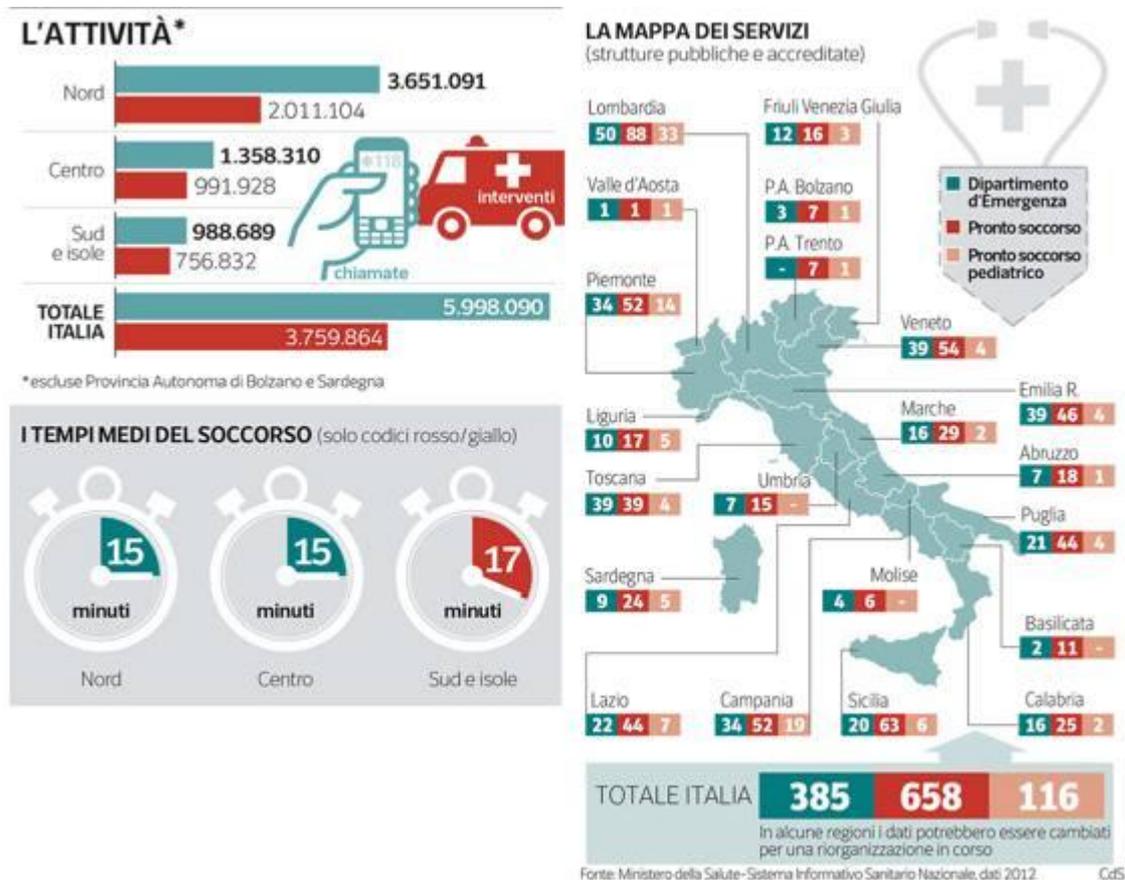


<http://www.corriere.it/salute/>

DOSSIER

Il servizio del 118, tutti i punti deboli del sistema emergenza-urgenza

Gli stessi operatori denunciano che la rete del soccorso è in sofferenza, con modelli organizzativi diversi da regione a regione, dotazioni disomogenee e gravi carenze
di Maria Giovanna Faiella



Dalla richiesta di aiuto urgente al 118, alla Centrale operativa che risponde e attiva (in base alle condizioni del paziente) l'intervento delle ambulanze, fino al trasporto al Pronto soccorso e all'eventuale ricovero in reparto per garantire le cure giuste. Il sistema dell'emergenza-urgenza rappresenta la prima risposta alla persona che ha bisogno di assistenza immediata. Ma è un sistema «in sofferenza», con reti territoriali non sempre organizzate o che non dialogano tra loro e Pronto soccorso sovraffollati e vicini al collasso. Sembrano dimostrarlo recenti tragiche vicende. Lo ha denunciato nei giorni scorsi, nel corso di un'audizione alla Commissione igiene e sanità del Senato, la Fimeuc, Federazione italiana medicina di emergenza-urgenza e delle catastrofi, che ha consegnato ai parlamentari un "Manifesto" con alcune proposte per superare le criticità.

Che cosa manca

Ma quali sono le carenze del sistema? «A mancare è innanzitutto una reale integrazione tra 118 e professionisti che lavorano dentro i Pronto soccorso — premette Adelina Ricciardelli, presidente di Fimeuc —. Sono ancora pochi, a macchia di leopardo sul territorio nazionale, i Dipartimenti di emergenza unici, cui afferiscono mezzi di soccorso, centrali operative 118, punti di Primo Intervento, servizi di Pronto soccorso, servizi di Osservazione breve. Laddove esistono, consentono, per esempio, la rotazione del personale sulle varie articolazioni, col medico dell'emergenza che oggi lavora in Pronto soccorso, domani soccorre i pazienti su un'autoambulanza. Il che facilita anche la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici». «Per ogni tipo di patologia, infatti, — continua Ricciardelli — bisogna sapere esattamente che cosa fare e a chi rivolgersi in tutte le fasi, dal trasporto in massima sicurezza alla stabilizzazione del paziente che, se peggiora lungo il viaggio, va portato, indipendentemente dalla disponibilità del posto letto, al Pronto soccorso più vicino per preservare le funzioni vitali». Insomma, una visione dell'emergenza a 360 gradi, che però non sempre è la regola. «Se passi avanti sono stati fatti un po' ovunque per i traumi, l'ictus, l'infarto con la costituzione di reti specifiche, capita ancora in alcune realtà che, una volta soccorso il paziente a casa, ci si limiti a trasportarlo al Pronto soccorso, indipendentemente dalle esigenze delle specifiche condizioni — sottolinea la presidente di Fimeuc —. Occorrono provvedimenti a livello nazionale in tema di formazione, specifica, comune e articolata nei vari ambiti dell'emergenza, per molto tempo orfana di una scuola di specializzazione, partita solo nel 2009».

La catena di soccorso

Ma come funzionano i diversi anelli della catena del soccorso? «Esistono protocolli standard per gli operatori delle centrali operative del 118 che ricevono e gestiscono la richiesta telefonica di soccorso — risponde Ricciardelli —. Attraverso un'intervista strutturata di qualche minuto, attribuiscono un codice colore di gravità (rosso, giallo, verde), cioè un livello di priorità d'intervento, mandando sul posto mezzo ed equipaggio più idonei». «In Liguria, per esempio, si usa il sistema MPDS-Medical Priority Dispatch System, già adottato in diversi Paesi e che ora comincia a diffondersi nel nostro — aggiunge Francesco Bermano, presidente della SIS-Società Italiana Sistema 118 —. L'intervista, che dura al massimo un minuto e mezzo, risponde ai criteri dell'International Academies of Emergency Dispatch per assicurare il soccorso più appropriato e tempestivo in qualsiasi tipo di emergenza, eliminando interpretazioni personali dei sintomi descritti al telefono».

Le carenze sulle dotazioni di soccorso

Carenze anche gravi, invece, si riscontrano sulle dotazioni dei mezzi di soccorso. «Ci sono, per esempio in Campania, ambulanze prive di defibrillatore o di elettrocardiografo anche se c'è il medico a bordo — riferisce la presidente di Fimeuc —. E in alcune zone del Paese ci sono addirittura due medici a bordo del mezzo di soccorso, mentre in altre neppure uno anche quando servirebbe. Insomma: una babele». Ma chi decide e chi controlla se un mezzo di trasporto è idoneo, se ha le dotazioni necessarie, se il personale è idoneo? «I requisiti minimi per strutture, tecnologie, organizzazione, personale, sono stabiliti e verificati da ciascuna Regione in assoluta autonomia — dice Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe-Gruppo italiano medicina basata sulle evidenze». Oggi, tra gli indicatori per verificare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza per l'area dell'emergenza c'è solo il tempo intercorso tra l'allarme e l'arrivo dei soccorsi sul posto, che non dovrebbe superare i 18 minuti. «Nemmeno questo, però, — dice Ricciardelli — è sempre rispettato in tutte le Regioni, come risulta dall'ultimo rapporto del Ministero della Salute su dati 2012». «E se su un territorio si chiudono i Pronto soccorso — interviene Bermano — è necessario garantire l'efficacia dei trasporti con mezzi attrezzati e personale preparato, sia in caso di emergenze tempo-dipendente (quando il tempo è fondamentale per salvare la vita o per la riuscita dell'intervento), sia quando occorrono tempi lunghi per raggiungere il Pronto soccorso di riferimento». Ma perché non trasportare il paziente sempre al Pronto soccorso più vicino? «Non sempre è il più idoneo a garantire le cure appropriate — risponde Ricciardelli —. Se, per esempio, il paziente ha un'emorragia e deve essere operato, si perde tempo prezioso se lo si trasporta in un ospedale non attrezzato per fare un intervento chirurgico urgente».



02-03-2015

Lettori
86.000

<http://www.agi.it/>

Sclerosi multipla: in Gb trattamento "miracoloso" con staminali

(AGI) - Londra, 2 mar. - In Gran Bretagna e' stato definito un nuovo protocollo medico per il trattamento con cellule staminali per i sintomi della sclerosi multipla. Effetti definiti "miracolosi" dai ricercatori: pazienti ridotti su una sedia a rotelle da dieci anni hanno riacquisito l'uso delle gambe mentre alcuni ciechi hanno riacquisito la vista. Il trattamento, riferisce il Daily Telegraph, e' il primo ad invertire i sintomi della sclerosi multipla, per la quale - va sempre ricordato - non esiste una cura oltre ad essere ancora non accertate le cause. Le due decine di pazienti che hanno preso parte ai test, al Royal Hallamshire Hospital di Sheffield e al Kings College Hospital di Londra, "hanno effettivamente visto riaccendersi il loro sistema immunitario". Benche' non siano ancora del tutto chiare le causa della sclerosi multipla, molti ricercatori ritengono che "sia lo stesso sistema immunitario ad attaccare il cervello ed il midollo spinale , causando infiammazioni e dolori, oltre disabilita' e nei casi piu' gravi la morte. La ricerca e' stata pubblicata sul prestigioso 'Journal of the American Medical Association' (Jama)La procedura usata prevede l'impiego di altissime dosi di chemioterapici (di solito impiegati con i malati di cancro) per mettere fuori gioco il sistema immunitario dei pazienti. Questo viene poi ricostruito e riattivato con le cellule staminali ottenute dal sangue dei singoli pazienti. "Da quando abbiamo iniziato a trattare i pazienti, 3 anni fa alcuni dei risultati cui abbiamo assistito sono miracolosi", ha detto il professore Basil Sharrack, neurologo allo Sheffield Teaching Hospital, sottolineando che "miracoloso non e' un termine che uso a cuor leggero ma abbiamo assistito a profondi miglioramenti neurologici".

Durante il trattamento le staminali del paziente sono 'coltivate' e conservate. Dopo le massicce dosi di chemioterapici (di per se' non facili da tollerare) vengono reinfuse nel corpo dove iniziano a crescere creando nuovi globuli rossi e soprattutto bianchi (le 'truppe' che difendono il corpo dalle aggressioni di virus e batteri) in sole due settimane. In solo un mese il sistema immunitario torna a funzionare ed e' allora che i pazienti iniziano ad accorgersi dei primi cambiamenti Il Telegraph ha raccolto la testimonianza della 25enne Holly Drew, su una sedia a rotelle da due anni: "Ricordo che ero in ospedale...dopo tre settimane o chiamato mia madre e le detto piangendo 'riesco a stare in piedi'. Ora posso correre per un po'. Posso ballare. E' stato un miracolo" I ricercatori sono pero' prudenti: "Non e' un trattamento adatto per tutti (i malati di sclerosi mutlipla) perche' e molto aggressivo e i pazienti debbono aspettare di riprendersi dagli effetti della chemioterapia" prima di procedere all'infusione delle staminali, ha avvertito il prof Sharrack.