

Rassegna del 16/02/2014

SANITA' REGIONALE

16/02/14	Gazzetta del Sud	23	Omissioni e silenzi, così si diffuse l'infezione nel sangue	Pastore Giovanni	1
16/02/14	L'Ora della Calabria	7	Rimandato a casa, muore Per ben due volte era andato all'ospedale prima di un infarto - Locri, prelievo fatale all'ospedale Un nuovo caso di malasanità?	Musco Simona	2
16/02/14	Quotidiano della Calabria	14	Ipotesi malasanità a Locri	p.v.	3
01/02/14	SALUTE & SANITA'	7	Quale sanità in futuro?	Spina Mauro	4
01/02/14	SALUTE & SANITA'	10	Intervista ad Aurelio Mazzei e Ivan Pietro Aloï - Una questione di minuti	Sabato Carla	5
01/02/14	SALUTE & SANITA'	18	Intervista a Pierluigi Frugiuole - Attenti al lupus!	Belsito Alessandra	7
01/02/14	SALUTE & SANITA'	40	Intervista ad Arnaldo Caruso - Caruso Il "padre" del vaccino contro l'HIV	Pecora Francesca	9
01/02/14	SALUTE & SANITA'	20	Intervista a Mario Diodati - Antibiotici: uso e abuso	Longo Serafino	11
01/02/14	SALUTE & SANITA'	22	Intervista a Carmelo Laganà - Sequenziare contemporaneamente	Varchetta Barbara	13
01/02/14	SALUTE & SANITA'	26	Intervista a Luca Pugliese - La nuova frontiera dell'allergologia	Noce Alessandro	14
01/02/14	SALUTE & SANITA'	34	Medici che si ammalano	Noce Alessandro	16
01/02/14	SALUTE & SANITA'	72	Intervista a Mario Verre - Effetti collaterali	Cosco Valentina	18
01/02/14	SALUTE & SANITA'	37	Intervista ad Antonio Spinelli - Roba da Femtosecondi	Caracciolo Cassio	20

SANITA' LOCALE

16/02/14	Gazzetta del Sud Catanzaro	26	Rizzo: la Cisl Medici difende soltanto interessi particolari	...	24
16/02/14	Gazzetta del Sud Catanzaro	26	Aiello e Catanzaro da Vivere pressano su "Campanella" e Sant'Anna Hospital	...	25
16/02/14	Gazzetta del Sud Catanzaro	38	Ventuno squadre pronte al torneo di beneficenza per la Pediatria	Carella giuliano	26
16/02/14	Gazzetta del Sud Catanzaro	40	Rifiuti, ormai è emergenza sanitaria e ambientale	Sicari vittoria	28
16/02/14	Gazzetta del Sud Catanzaro	27	L'eutanasia per i bambini rovescia l'etica medica e cristallizza un'ipocrisia	Bertolone vincenzo	30
16/02/14	Gazzetta del Sud Cosenza	37	Viaggio allucinante di un'ambulanza per il trasferimento di un bambino	Lepera Benigno	31
16/02/14	Gazzetta del Sud Cosenza	37	Aumenta il numero dei giovani donatori	Ign.rus	32
16/02/14	Gazzetta del Sud Reggio Calabria	32	Bambini diabetici, un disciplinare favorisce l'integrazione in classe	Cortese Cristina	33
16/02/14	Gazzetta del Sud Reggio Calabria	34	Sanità territoriale, Palmi soddisfatta dei risultati ottenuti	Pugliese ivan	34
16/02/14	L'Ora della Calabria Cz Kr Vv e provincia	12	Dirigente licenziato? La Rizzo: Cisl Medici ha dichiarato il falso	...	35
16/02/14	L'Ora della Calabria Cz Kr Vv e provincia	14	Accreditamenti sanitari Gli "aielliani" in trincea	...	36
16/02/14	L'Ora della Calabria Cz Kr Vv e provincia	14	Sanzioni agli odontoiatri Sancita l'illegittimità	...	37
16/02/14	Quotidiano della Calabria Catanzaro e Crotona	28	«Nelle strutture sportive non si hanno defibrillatori e personale adeguato»	Pometti Caterina	38
16/02/14	Quotidiano della Calabria Catanzaro e Crotona	30	Tutti in campo per la solidarietà	Oliverio Antonio	39
01/02/14	SALUTE & SANITA'	8	Intervista a Francesco Perri - Se la diagnostica è per immagini	Caracciolo Cassio	40
01/02/14	SALUTE & SANITA'	13	Intervista a Cristian Baraldi - Un laser contro la malattia venosa cronica	Cannataro Francesca	42
01/02/14	SALUTE & SANITA'	28	Intervista a Teresa Lacava - Il grasso ha i centimetri contati	Ioffrida Raffaele	44
01/02/14	SALUTE & SANITA'	45	Intervista a Nadia Severini e Laura Giancotti - Celiachia? Niente paura basta imparare a convivere	Caracciolo Donna	45
01/02/14	SALUTE & SANITA'	59	Intervista a Roberto Miniero e Teresa Rita Dolceamore - Fanno male al Lattante	Sabato Carla	48
01/02/14	SALUTE & SANITA'	32	Intervista a Claudio Ceccotti e Luigi Santaguida - Il microscopio che illumina i tumori	Caracciolo Cassio	50

COSENZA La Procura ha individuato precise responsabilità all'interno della catena di comando dell'ospedale. Il grave atto d'accusa degli ispettori ministeriali

Omissioni e silenzi, così si diffuse l'infezione nel sangue

Giovanni Pastore
COSENZA

L'inchiesta sul sangue nero che, nel giro di due settimane, ha ucciso un paziente e rischiato d'ammazzarne un secondo ruota attorno al Centro trasfusionale dell'"Annunziata". È lì che la Procura guidata da Dario Granieri avrebbe individuato le prove delle ipotetiche condotte omissive dei vertici della Sanità locale. Elementi già contenuti nella relazione redatta dalla Commissione d'accreditamento regionale al termine di una accurata ispezione effettuata nell'ottobre del 2012. Da quel sopralluogo emerse una valanga di criticità che gli ispettori annotarono sui verbali che notificarono ai responsabili delle strutture interessate. Sessantacinque punti di negatività, sessantacinque prescrizioni che non sarebbero state, però, mai prese completamente in considerazione dal manager Gange mi, dall'ex direttore sanitario De Rosa e dal responsabile del presidio ematico Bossio. I pm Salvatore Di Maio e Paola Izzo acquisirono il voluminoso rapporto per ricostruire la rete delle presunte omissioni all'interno dell'inchiesta sulle sacche di plasma contaminato da un potente agente patogeno. Ma è, soprattutto, dalla relazione ministeriale che trae linfa vitale l'inchiesta. Un rapporto che costituisce l'atto d'accusa al management della sanità ospedaliera: chi doveva controllare non avrebbe controllato. E ancora: un batterio avrebbe trasformato il sangue in veleno per le evidenti criticità all'interno del Centro trasfusionale. Deficit di tipo strutturale, organizzativo e tecnologico. In quelle pagine era racchiuso pure il disagio del personale sanitario. Scritti che svelavano lacune gravi di ogni genere. Il Centro trasfusioni sarebbe rimasto, però, impantanato nei suoi problemi. Criticità che avrebbero influito, secondo gli ispettori, alla diffusione dell'infezione dei glo-

buli rossi all'interno delle sacche. Addirittura, secondo gli ispettori inviati a Cosenza dal ministro Beatrice Lorenzin, l'unica alternativa a tutela della salute pubblica sarebbe stata la chiusura del centro trasfusionale.

Ma l'inchiesta sul sangue nero segue la pista di altri ipotetici silenzi. Quelli di Perfetti, Vantaggiato e Leo che, secondo i pm Izzo e Di Maio, non avrebbero nascosto la contaminazione del sangue. Subito dopo la morte di Ruffolo, il primario della Medicina "Valentini", Alfonso Noto, si sarebbe rivolto alla struttura di controllo dell'Azienda ospedaliera che avrebbe dovuto segnalare il sospetto di altre sacche contaminate in giro per i presidi aziendali. Perfetti, Vantaggiato e Leo non lo avrebbero fatto e rispondono ora di omessa denuncia di reato commessa da pubblico ufficiale. Il pericolo di epidemia non fu segnalato all'Autorità giudiziaria perchè il caso esplose solo alla fine di luglio quando i parenti di Ruffolo, dopo la lettura delle cartelle cliniche e dei diari terapeutici del parente, denunciarono la cosa alla magistratura.

Una ipotesi grave almeno quanto quella contestata allo stesso Perfetti e a Bossio per aver provocato la morte di Ruffolo come conseguenza non voluta del reato doloso di somministrazione di farmaci guasti. In sostanza, secondo gli inquirenti, dopo il primo caso sentinella, col paziente che riuscì a salvarsi miracolosamente dall'infezione, ci sarebbe stata una riunione al vertice con la decisione di non utilizzare sangue proveniente dal centro di raccolta di San Giovanni in Fiore. Tuttavia, la disposizione non sarebbe stata comunicata. Due settimane dopo la morte di Ruffolo, circolavano ancora sacche di quel sangue nero proveniente dal polo "sospetto". Alcuni medici hanno raccontato d'averne evitato l'utilizzo sui pazienti per scelta personale. ◀



MALASANITÀ A LOCRI: APERTA UN'INCHIESTA

> pagina 7

Rimandato a casa, muore

Per ben due volte era andato all'ospedale prima di un infarto

caso tassone

Locri, prelievo fatale all'ospedale

Un nuovo caso di malasanità?

*L'avvocato della famiglia:
«Per abbassare l'emocromo
gli hanno prelevato quasi mezzo litro
di sangue, come se fosse un vitello...»*

Aveva forti dolori all'addome e il cuore che galoppava, come se volesse sfondargli il petto. Ma nonostante il medico curante ne avesse chiesto il ricovero in ospedale, Rocco Tassone è morto per arresto cardiaco nel suo letto, a Gioiosa Ionica. La storia che racconta l'avvocato Nicola Tallarida, difensore della signora Anna Maria, moglie di Rocco, rischia di essere un nuovo caso di malasanità consumato tra i reparti dell'ospedale di Locri. Tutto risale al 24 maggio dell'anno scorso, quando Rocco, 53 anni, una vita da carpentiere metallico per crescere i suoi quattro figli, si presenta al pronto soccorso di Locri con un codice giallo-urgenza. Ma Rocco, afferma il suo avvocato, «è stato dimesso senza aver ricevuto adeguate cure». Poco prima di essere rispedito a casa, l'uomo era stato visitato dal cardiologo del nosocomio. «La visita – spiega Tallarida – aveva dato un esito ben preciso e il dottore aveva manifestato la necessità di approfondire l'origine di quei disturbi». Rocco, però, torna a casa senza sapere nulla di più su quei dolori che lo tormentano e che riappaiono quattro giorni dopo, costringendolo a bussare di nuovo alle porte dell'ospedale. «Il

28 maggio – racconta Tallarida –, il signor Tassone si è recato nuovamente al pronto soccorso con gli stessi dolori ed anche in questo caso gli veniva praticato un salasso e poi dimesso. Per una strana coincidenza, in entrambe le circostanze a visitarlo è stato lo stesso sanitario». Mentre la prima volta Rocco era stato visitato da un cardiologo, dunque, nel secondo caso l'unico a vederlo è stato il dottore del pronto soccorso, «che gli ha prelevato quasi mezzo litro di sangue, come se fosse un vitello, per abbassare l'emocromo». Rocco sta un po' meglio e torna a casa. Una tranquillità che dura meno di quattro giorni: il 2 giugno, infatti, Rocco viene trovato morto nel letto a causa di un infarto del miocardio, così come riporta il certificato di morte. «Secondo il nostro medico legale – chiarisce però l'avvocato –, quel salasso potrebbe aver causato la morte». E così il primo ottobre scorso la signora Anna Maria ha presentato una denuncia – querela. «La moglie – sottolinea Tallarida – è convinta che le cure mediche prestate non abbiano rispettato le linee guida previste per casi simili dai protocolli terapeutici europei». Il

sostituto procuratore Salvatore Cosentino ha ora predisposto una perizia medico – legale, affidata al dottor Pietro Tarzia, che ha 90 giorni di tempo per tentare di chiarire le cause della morte del signor Tassone, il cui corpo è stato riesumato giovedì scorso. Il dubbio della sua famiglia è che quel salasso non fosse compatibile con la patologia dalla quale il carpentiere era affetto. «Ma per stabilirlo sarebbero stati necessari esami che non sono stati fatti – spiega Tallarida -. Viene dunque in risalto la probabile negligenza e l'incompetenza del medico che ha curato, in entrambe le occasioni, Tassone, senza aver tenuto in debito conto la precisa richiesta di ricovero da parte del medico di base. Il decesso, probabilmente, poteva essere evitato». Un dubbio troppo grande, che ha spinto la signora Anna Maria, rimasta vedova e senza lavoro, con quattro figli a cui badare, a sporgere denuncia. Non per vendetta, ci tiene a precisare il legale, ma per verità e giustizia e per evitare che si ripetano cose simili, «a causa di una sanità che potrebbe e dovrebbe funzionare meglio».

SIMONA MUSCO

s.musco@loradellacalabria.it

■ L'INDAGINE La Procura dispone riesumazione e autopsia di un 53enne

Ipotesi malasanità a Locri

Ricoverato due volte al Pronto soccorso e dimesso è poi morto d'infarto

LOCRI (Rc) - Va per due volte in pochi giorni al pronto soccorso con dolori addominali ma viene dimesso. Poche ore dopo muore di infarto. Nuovo presunto caso di malasanità nella Locride, la vittima è Rocco Tassone, 53 anni, di Gioiosa Jonica. Il fatto è successo nel giugno del 2013, adesso dopo la denuncia della moglie del malcapitato, assistita dall'avvocato Nicola Tallarida, il magistrato Salvatore Cosentino della Procura di Locri ha nominato il dottore Pietro Tarzia come perito medico legale ed ha disposto l'esame autoptico dopo la riesumazione del corpo di Tassone. L'inizio della triste vicenda di Rocco Tassone risale al 24 maggio 2013 quando l'uomo di Gioiosa Jonica accusava forti dolori addominali e tachicardia e quindi si recava presso il Pronto Soccorso del presidio ospedaliero di Locri dove veniva accolto con codice "giallo-urgenza", per essere poi dimesso senza aver ri-



L'Ospedale di Locri

cevuto, secondo i familiari, adeguate cure. Trascorsi quattro giorni e cioè il successivo 28 maggio Tassone era nuovamente costretto a recarsi al Pronto Soccorso locale a causa del perdurare delle patologie già accusate quattro giorni prima ed anche in questo caso gli veniva praticato un salasso e veniva dimesso. Per una strana coincidenza in entrambe le

circostanze Tassone veniva visitato e curato dallo stesso sanitario di turno. Il 2 giugno 2013 Rocco Tassone non si svegliava essendo deceduto nel sonno. Dopo essersi avvalsa di adeguate consulenze medico-legali, la vedova signora Anna Maria Tassone ha ritenuto che non erano state assolutamente osservate le linee guida europee previste per casi simili e dalle

quali i medici possono discostarsi solo quando i protocolli terapeutici siano di fatto incompatibili con il caso concreto con conseguente violazione del giuramento d'Ippocrate "primum non nocere" e ciò poiché potrebbero addirittura essere stati posti in essere dei rimedi - come il "salasso" - potenzialmente in grado di provocare un sensibile peggioramento nelle condizioni di salute. Così la vedova ha dato mandato all'avvocato Nicola Tallarida di procedere alla denuncia che adesso è arrivata a portare la Procura a disporre la riesumazione della salma con conseguente autopsia. Sarà con ogni probabilità l'esito della relazione dell'esperto perito Pietro Tarzia a indurre il magistrato che ha in carico l'inchiesta se procedere con la formulazione di accuse precise nei confronti dei medici o se archiviare il caso.

P. V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il nostro Esperto

Dott. Mauro Spina
 Consulente amministrativo
 e manager strutture sanitarie

QUALE SANITÀ IN FUTURO?

Da un'analisi attenta e molto concreta, del parere dei maggiori esperti in campo sanitario, si sono potuti individuare sette trend che nel prossimo futuro determineranno le sorti della sanità e precisamente: La spesa sanitaria continuerà a crescere; il modello di Servizio Sanitario attualmente in funzione imporrà obbligatoriamente la razionalizzazione dei servizi sanitari; i medici di base saranno al centro dell'obiettivo sanità diventando coordinatori dell'intero sistema delle cure che interessano i pazienti in modo particolare quelli con più patologie in atto; la prevenzione sarà un cavallo di battaglia nell'immediato futuro; migliorare sempre di più la raccolta delle informazioni sanitarie al fine di indirizzare in modo sempre più preciso gli investimenti al fine di dare risposte sempre più efficaci ed efficienti; i pazienti saranno al centro del progetto sanità; liberalizzazione delle professioni sanitarie, snellimento della burocrazia in atto e aumento del finanziamento nel campo della ricerca.

L'attuazione di quanto sopra detto porterà alla determinazione di uno scenario particolare in cui la tecnologia farà da padrona sia nelle cure delle malattie particolari sia nella gestione della sanità nel suo quotidiano, si tenderà a creare un unico sistema sanitario a livello europeo definendo linee di operatività e ponendo molta attenzione a quei sistemi che presentano problemi particolari e deficitari al fine di raggiungere livelli di eccellenza, grande

spazio sarà dato, cosa che sta già accadendo, alla prevenzione diventando prioritaria in confronto a qualsiasi altro tipo di attività, si arriverà alla privatizzazione di tutte le cure comprese, il finanziamento delle stesse.

Il pensiero diffuso è che più si spende in campo sanitario maggiore è la ricchezza di un determinato Paese, ma bisogna capire se realmente per chi effettua il pagamento dell'intera spesa sanitaria, il tutto può essere riconducibile a un vero e proprio investimento oppure è solo ed esclusivamente un costo. Il crocevia sarà determinato dalla seguente riflessione: non si dovrà tenere conto solo di quanto si è speso realmente ma anche, e soprattutto, di come si spende in ottica di efficienza ed efficacia. Quello che conterà saranno i risultati ottenuti rapportati alla spesa effettuata. I Sistemi Sanitari che erano capaci di poter far fronte in modo imperativo e immediato a tutte le spese sanitarie che si determinavano non esistono più. Oramai si tende verso un sistema sanitario in cui la persona è al centro del progetto in tutti i sensi anche nell'affrontare il sostenimento dei costi relativi all'attuazione e mantenimento del sistema sanitario stesso. Si va verso un sistema in cui le persone sosterranno sempre in modo più diretto le spese necessarie per potersi curare.

Da molto tempo ormai si parla di rivedere, riorganizzare, ridefinire il ruolo del medico di base al fine di creare dei filtri capaci di evitare prestazioni che determinano, nel loro complesso e numero, una

spesa sanitaria sicuramente evitabile e non solo. Da più tempo la prevenzione è diventata il cavallo di battaglia di tutte le campagne informative che sono fatte sia dalle istituzioni sia dalle strutture sanitarie private. Le misure di prevenzione saranno sempre più accurate, efficaci ed efficienti in modo da determinare veri e propri stili di vita il cui fine ultimo sarà quello di tendere verso comportamenti responsabili che porteranno a una vita migliore. Tutti, o quasi, i governi sino a oggi hanno investito tanto nel settore sanità senza mai porsi il problema di misurare il grado di efficacia ed efficienza dei risultati ottenuti.

Oggi tutto questo oramai è diventato impensabile per diversi fattori uno in particolare: la scarsità delle risorse da poter investire a fronte di una domanda non solo sempre più crescente ma sempre più variegata. In virtù di ciò cresce la necessità di avere sempre più notizie che siano le più dettagliate, complete ed esaustive possibili oltre a dover rispecchiare in modo sempre più preciso la realtà. Logicamente un ruolo fondamentale è svolto dal paziente utente. Lo stesso deve svolgere un ruolo sia di controllore sia di controllato.

La specializzazione nel campo sanitario fa la differenza. Bisogna incentivare la specializzazione non solo a livello della figura medica ma di tutte le figure che operano nel campo sanitario. Attività costanti di informazione/ formazione. Per ultimo, ma non di minore importanza, vi è necessità di rivolgere maggiore attenzione alla ricerca medica.

Chirurgia pediatrica



Servizio di Carla Sabato
in collaborazione con



Dott. Aurelio Mazzei
Chirurgo pediatrico
Dott. Ivan Pietro Aloï
Chirurgo pediatrico
Centro delle Chirurgie Pediatriche
Azienda Ospedaliera
Pugliese-Ciaccio/Ospedale
Pediatrico "Bambino Gesù"
Catanzaro - Roma

UNA QUESTIONE

DI MINUTI

Quando un genitore si accorge della presenza di un telecomando o un giocattolo aperto e della mancanza di una batteria che potrebbe essere stata ingerita, dovrebbe immediatamente portare il piccolo presso un pronto soccorso pediatrico. La diagnosi si basa sulla tempestiva esecuzione di un esame radiografico del piccolo paziente

In età pediatrica, le cause di incidente domestico per un bambino spinto dalla curiosità di chi inizia il processo di conoscenza, possono essere moltissime. È oramai assodato che in ordine di frequenza gli incidenti domestici tipici sono i traumi da caduta, seguiti dall'ingestione o inalazione di sostanze tossiche e corpi estranei e dalla folgorazione. Secondo dati diffusi dal Ministero del commercio e dell'industria della Gran Bretagna, un incidente su venticinque di quelli che accadono ai bambini di età inferiore ai quattro anni è dovuto all'ingestione accidentale di prodotti pericolosi.

Ma quali sono questi prodotti pericolosi?

«Nella lunghissima lista - dicono i dottori Aurelio Mazzei e Ivan Pietro Aloï, chirurghi pediatrici del Centro delle Chirurgie Pediatriche Azienda ospedaliera Pugliese-Ciaccio/Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù",

Catanzaro/Roma - compaiono anche le batterie al litio (coin o "disk" batteries), che negli ultimi venticinque anni hanno sostituito gradualmente le più vecchie batterie alcaline, e soprattutto in casa, si trovano dappertutto: giocattoli, telecomandi, orologi, calcolatrici, torce elettriche, portachiavi, etc. Paragonate alle precedenti batterie da 1,5 V, le nuove e più longeve disk batteries da 3 V hanno aumentato in maniera drammatica il rischio di lesioni permanenti o addirittura di morte se ingerite. Queste pile possiedono una forte carica che a contatto con le mucose determina delle vere e proprie ustioni



elettriche nei segmenti a contatto con l'anodo (il polo negativo della batteria), con idrolisi dell'acqua contenuta nelle cellule e formazione di idrossidi che determinano un danno caustico (alcalino) tissutale. Non è vero che le batterie usate non producono danni. Esse sono ugualmente pericolose per la presenza di una corrente residua sufficiente a determinare erosioni delle mucose. È dimostrato che già nel giro di due ore dall'ingestione possono avvenire danni gravi. Se nessuno si accorge dell'ingestione, il danno tissutale progredisce ra-

pidamente, e il bambino può presentare vomito, inappetenza, febbre, tosse e diventare apatico. Purtroppo questi sintomi sono simili a quelli delle più comuni malattie infantili, e di conseguenza possono ritardare una corretta diagnosi».

Dottori, ogni minuto è importantissimo, vero?

«Quando un genitore si accorge della presenza di un telecomando o un giocattolo aperto e della mancanza di una batteria che potrebbe essere stata ingerita, dovrebbe immediatamente portare il piccolo presso un pronto soccorso pediatrico.

La diagnosi si basa sulla tempestiva esecuzione di un esame radiografico del piccolo paziente, comprendente torace e addome. Le batterie al litio nelle proiezioni frontali sono simili alle monete, mentre nelle proiezioni laterali presentano un lato convesso ed uno piatto. È sul lato convesso, rappresentato dall'anodo, che si producono i maggiori danni, come rilevato nel caso di un lattante di nove mesi, rimossa a 5 ore dall'ingestione, ha prodotto una fistola tracheoesofagea che, a distanza di tre settimane, ha richiesto un complesso intervento di ricostruzione dell'esofago. È di fondamentale importanza - in questi casi - che la rimozione endoscopica avvenga entro le due ore dall'ingestione, per le conseguenze, talora mortali (fistole aortoesofagee), talora fortemente invalidanti (stenosi esofagee, paralisi delle corde vocali, perforazioni dell'esofago, spondilodisciti, etc.) che possono prodursi.

La rimozione del corpo estraneo, che può essere indaginata e non scevra da rischi,

richiede competenze di endoscopia pediatrica ed un supporto anestesiológico specializzato che spesso necessita di assistenza in terapia intensiva per il monitoraggio post-operatorio delle lesioni sull'esofago e talvolta di ulteriori manovre (tracheostomia). Nel caso in cui la batteria venga reperita nello stomaco, la strategia raccomandata dalle più recenti linee-guida (Progetto Airone - SIGENP 2008) prevede un'attesa di 48 ore e la successiva rimozione endoscopica se vi è una mancata progressione nell'intestino. Tuttavia, nella nostra esperienza abbiamo constatato la comparsa di erosioni gastriche rilevanti già a sei ore dall'ingestione, per cui - in accordo con i nostri endoscopisti - abbiamo concordato un atteggiamento più aggressivo (rimozione endoscopica immediata)».

Le sorprese però non mancano mai.

«Esatto. Talvolta accade di trovare batterie in localizzazioni che non ci si aspetterebbe. È il caso di una bimba di quattro anni giunta al nostro pronto soccorso per secrezione simil fecale dai genitali esterni da alcune settimane. Dopo una esplorazione endoscopica, è stata trovata una vecchia batteria al litio ritenuta in vagina, completamente divelta e frammentata in più pezzi acuminati, che aveva prodotto gravi e profonde erosioni».

La prevenzione è la migliore medicina.

«Il miglior modo per evitare le conseguenze legate all'ingestione delle batterie al litio in età pediatrica è senz'altro la prevenzione, che, nell'attesa di regolamentazioni internazionali che prevedano un sicuro storage delle batterie negli alloggiamenti dedicati, deve tenere conto di alcuni principi fondamentali.

Innanzitutto sarebbe opportuno fissare con nastro adesivo tutti i compartimenti contenenti batterie se non già assicurate da viti o se facilmente apribili. Conservare le batterie fuori dalla portata dei bambini e non permettere ai bambini stessi di giocare con le batterie: una batteria trovata per terra o in un cassetto facilmente raggiungibile è un invito irresistibile. In conclusione, la ritenzione di batterie a disco o moneta, contrariamente a quanto avveniva in passato, epoca in cui non esistevano le pile al litio e le batterie alcaline venivano considerate alla stregua di "corpi inerti" nella maggior parte dei casi, è allo stato attuale una vera e propria emergenza medica. I danni provocati e il potenziale rischio sono tali da esigere un'immediata valutazione medica ed una tempestiva rimozione endoscopica».



ATTENTI

AL LUPUS!

È un disordine del sistema immunitario che compromette l'attività e la funzione di una ben precisa popolazione linfocitaria, quella dei linfociti B

“L ei ha un lupus eritematoso sistemico”. Chi si sente dire questa frase ha un moto di stupore, perché non ha mai sentito nominare prima la patologia; all'inizio prova quasi paura, anche a causa del suo nome così strano. In effetti lupus deriva dal latino e indica il lupo: la malattia in passato provocava lesioni così gravi al volto che ai primi medici che la descrissero, tali lesioni apparivano come dei morsi dati da una bestia feroce.

Il dottore Pierluigi Frugiuele è il direttore della reumatologia all'ospedale "Annunziata" di Cosenza. A lui abbiamo chiesto che cos'è il lupus?

«Il lupus eritematoso sistemico, comunemente denominato Les per brevità, è una patologia autoimmunitaria del connettivo di stretta pertinenza reumatologica. È definito sistemico perché può coinvolgere tutto l'organismo e per questo motivo può compromettere la struttura e la funzione di più organi ed apparati sia presi singolarmente, sia simultaneamente in maniera multipla».

In cosa consiste la patologia?

«In pratica - spiega lo specialista - è un disordine del sistema immunitario che compromette l'attività e la funzione di una ben precisa popolazione linfocitaria, quella dei linfociti B. Da questo disordine scaturisce un incremento nella popolazione di molecole biologicamente attive fra cui ricordiamo lo stimolatore dei linfociti B (BLyS). Livelli elevati di BLyS riducono l'allontanamento dalla circolazione sanguigna del linfociti B autoreattivi, ovvero pericolosi per l'organismo e tutto ciò che determina un eccesso di autoanticorpi

di immunocomplessi circolanti. Questi ultimi costituiscono l'essenza della patologia lupica, che sta alla base del danno anatomico dei vari organi».

Quali sono le cause che lo inducono?

«La causa precisa e peculiare capace di dare inizio al processo patologico non è ancora conosciuta, nonostante la malattia sia presente da molti secoli. Vengono ipotizzate varie concause fra cui: in primis la predisposizione genetica ed eredo-familiare, fattori ambientali, ipotetiche infezioni virali. Un discorso a parte meriterebbe il Les indotto da farmaci».

Quali sono i sintomi?

«Il modo di presentarsi della malattia sul piano della sintomatologia clinica, ovvero sulla base dei disturbi lamentati dai pazienti e riferiti al medico, è molto variabile».

Per questo è stato attribuito a questa malattia il termine di "grande simulatrice", perché può esordire con dei sintomi che all'inizio non fanno pensare alla patologia che ci si trova poi di fronte, perciò per lungo tempo sottovalutati o piuttosto essere imputati ad altre patologie. Per prima cosa penserei alle lesioni cutanee che storicamente hanno dato il nome alla malattia per la loro somiglianza (nei casi più gravi) al morso del lupo; per contro altre volte le lesioni cutanee a causa della scarsa tipicità vengono

correlate alla malattia con molto ritardo come ad esempio la fotosensibilità o le ulcere del cavo orale.

Può manifestarsi con astenia, intesa come stanchezza non proporzionata alla attività fisica e mentale del paziente, sintomo troppo spesso messo in relazione con depressione psichica, può anche esordire con disturbi di carattere psicotico, di ordine neurologico quali crisi epilettiche, di ordine ematologico con grave anemia o piastrinopenia, disturbi della coagulazione del sangue, febbre di origine ignota.

I dolori articolari possono far confondere la malattia con altri scenari pur di pertinenza reumatologica. Infine, ed in sintesi occorre ricordare la gravità del coinvolgimento di organi vitali, per cui il Les può manifestarsi con quadri di glomerulonefrite, versamento pleurico, compromissione dell'interstizio polmonare, versamento pericardico, miocarditi e miocardiopatie, vasculite».

Chi può esserne colpito maggiormente?

«Il Les colpisce uomini e donne di ogni età e razza, ma ha una netta predilezione per giovani donne in età fertile.

Su dieci persone ammalate, circa 8-9 sono donne, e l'età media al primo apparire dei sintomi è tra i 20 e i 30 anni.

Secondo una statistica c'è una persona ammalata ogni duemila sane e ogni anno si ha un nuovo caso su 16.000 persone. Questi dati sono sufficienti per defi-

nire il Les una malattia rara».

Esiste una terapia specifica?

«Negli ultimi 50 anni ci si è affidati a terapie empiriche a base di cortisone, idrossiclorochina (antimalarico di sintesi), immunosoppressori quali l'azatioprina, la ciclofosfamide, ciclosporina e metotrexate, che hanno consentito di controllare in qualche modo l'attività e l'evolutivezza della malattia.

Questi farmaci pur conservando la loro validità, sono stati superati dall'introduzione nella pratica clinica di altre molecole quali il micofenolato mofetile o dall'immissione recente sul mercato di un farmaco biologico ad azione mirata contro il BlyS (stimolatore dei linfociti B).

Questa molecola innovativa si sta dimostrando in grado di frenare l'attività della malattia, la sua progressione e ridurre la compromissione degli organi vitali e nello stesso tempo appare essere capace di modificare la storia naturale della patologia e soprattutto la qualità della vita delle persone che ne sono affette».

Si può guarire definitivamente da questa malattia?

«Sebbene non si possa parlare di guarigione definitiva dal Les, la gran parte dei pazienti che ne sono colpiti, possono godere di un'ottima qualità di vita. Vanno seguite le prescrizioni mediche e abituarsi ad affrontare la vita con la giusta serenità e calma.

È dimostrato che lo stress sia fisico che mentale può peggiorare la malattia. La patologia attraversa momenti acuti e di calma; oggi con le cure disponibili le fasi di calma possono essere molto lunghe. Le donne con il Les possono avere figli sani senza alcun pericolo di contrarre la malattia».

Nel mondo > Eccellenze calabresi

CARUSO

IL "PADRE" DEL VACCINO CONTRO L'HIV

Servizio di
Francesca Pecora

*Il professore cosentino ha fatto un ulteriore passo avanti
nell'aiutare l'organismo colpito dal virus a resistere all'infezione*

Il professor Arnaldo Caruso

È il professor Arnaldo Caruso, cosentino, ordinario di Microbiologia del Dipartimento di Medicina Molecolare e Trasazionale dell'Università degli Studi di Brescia, il "padre" delle ricerche sul nuovo vaccino terapeutico, utilizzato per aumentare le difese immunitarie devastate dal virus Hiv. Lo avevamo già incontrato qualche tempo addietro, impegnato ad organizzare la fase uno della sperimentazione clinica, volta a valutare la non tossicità del vaccino. Ora la sperimentazione è giunta ad un secondo livello, attraverso il quale è stato possibile dimostrare una prima efficacia, quella immunitaria, del vaccino in questione.

Professore Caruso, che cosa succede adesso?

«Succede che dovremo affrontare l'ultima fase di sperimentazione, volta a valutare l'efficacia clinica del vaccino. Attraverso questo vaccino terapeutico, si vuole infatti aiutare l'organismo colpito dal virus Hiv a resistere all'infezione, riconoscendo i punti nevralgici del virus e poterlo quindi attaccare e bloccarne la pericolosità. Sottolineo che stiamo parlando di un vaccino terapeutico e non di un farmaco. La molecola chiave della infezione da Hiv è la proteina p17, una vera e propria tossina, che prodotta e rilasciata dalle cellule infette, colpisce le cellule del nostro organismo impedendone la funzionalità. La presenza di questa proteina nel nostro organismo è alla base delle malattie correlate all'infezione da Hiv».

Che differenza c'è tra farmaco e vaccino terapeutico?

«Nonostante l'Hiv sia combattuto e bloccato dai farmaci somministrati ai pazienti, la malattia ha delle costanti progressioni, che generano spesso malattie cardiovascolari, neurologiche, basti pensare alla demenza, ed il manifestarsi di tumori altamente aggressivi e mortali come i linfomi. Tutto ciò nonostante il virus sia tenuto sotto controllo dai farmaci. Nuovi risultati oggi evidenziano

come la p17 sia la sola tossina virale prodotta durante i trattamenti farmacologici anti-Hiv, quindi in assenza di virus in circolo. Ecco perché la tossina virale, la p17, potrebbe verosimilmente essere la causa scatenante di tutte queste complicanze, molte volte mortali. Il nostro organismo produce anticorpi contro tutte le proteine del virus, inclusa la proteina p17. Ma nessun anticorpo è rivolto verso la porzione tossica della proteina virale, che è così libera di agire».

Quale sarebbe l'efficacia del vaccino terapeutico?

«La porzione tossica della tossina p17, da noi identificata, è composta da 20 aminoacidi, ed è stata denominata AT20. Abbiamo sintetizzato la molecola AT20, riproducendola in laboratorio, e questa rappresenta oggi la base del vaccino terapeutico. Inoculato in pazienti sieropositivi, il vaccino AT20 ha lo scopo di indurre l'organismo a produrre anticorpi in grado di legare questa molecola espressa dalla p17 e bloccarne l'attività tossica, rendendo le cellule del nostro organismo non più aggredibili dalla tossina virale».

Il vaccino è già stato testato?

«In Italia, in quattro centri di malattie infettive come Brescia, Perugia, Milano e Torino, è stato sperimentato il vaccino terapeutico AT20 in pazienti sieropositivi sotto trattamento con farmaci antiretrovirali. Nello studio effettuato sui pazienti sieropositivi non si è eseguito alcun trattamento placebo, poiché non sarebbe stato

eticamente corretto. Nello studio clinico appena terminato, si è riusciti a dimostrare una totale assenza di tossicità del vaccino AT20, con il 100% di successo.

Il successo è consistito nel fatto che i pazienti prima della vaccinazione non avevano alcun anticorpo capace di neutralizzare l'attività tossica della p17.

Dopo la vaccinazione tutti avevano sviluppato anticorpi neutralizzanti la tossina p17, bloccandone la zona funzionale AT20. Possiamo quindi affermare che siamo riusciti ad "istruire" il nostro sistema immunitario su come bloccare la tossina p17. Da questo momento in poi ci aspettiamo che i pazienti acquisiscano una più completa ripresa funzionale delle difese immunitarie e, al tempo stesso, non vadano più incontro allo sviluppo di malattie correlate al virus Hiv. Una concreta speranza per chi è affetto da questa gravissima malattia, causa di sterminio specie nei Paesi più poveri e sottosviluppati».

Cosa succederà da qui in avanti?

«Adesso si entra nella fase finale della sperimentazione clinica, ovvero si lavorerà dapprima per confermare la capacità immunologica del vaccino su un numero più ampio di pazienti ed in diverse aree del mondo, e contemporaneamente, la sua efficacia clinica. Probabilmente la fase finale verrà effettuata in Africa, perché la popolazione infetta dal virus è molto più numerosa che in Italia, e presente in varie fasce di età.

Inutile dire che i costi sono abbastanza onerosi, ma la ricerca deve continuare, ed il progresso in campo medico scientifico deve essere tutelato e sostenuto con la massima partecipazione. Per il momento abbiamo fatto un grande passo in avanti».



ANTIBIOTICI:

USO E ABUSO



Questi fondamentali medicinali stanno ormai diventando sempre meno efficaci. La colpa è nostra, li assumiamo un po' troppo spesso. Talvolta anche quando non sono necessari

Si definisce antibiotico una sostanza prodotta da un microrganismo, capace di ucciderne altri. Questo perché costituiscono un vasto gruppo di farmaci utilizzati per trattare condizioni patologiche causate da batteri. Tali farmaci possono essere di origine naturale (antibiotici in senso stretto) oppure di origine sintetica (antimicrobici di sintesi).

Con antibiotici semisintetici si fa riferimento ad antibiotici naturali modificati chimicamente.

Ma a che epoca risalgono le ricerche sugli antibiotici?

«Iniziarono nel 1928 - dice il **dottore Mario Diodati, biologo** - anno in cui Alexander Fleming, un medico, biologo e farmacologo britannico, scoprì la penicillina, sostanza originata e diffusa da un fungo (il *Penicillium notatum*) e in grado di inibire lo sviluppo di numerose specie di batteri, anche se soltanto dal 1940 essa trovò impiego in campo terapeutico. La scoperta della penicillina fu abbastanza casuale in quanto Fleming si accorse che una delle piastre di coltura era stata con-

taminata da una muffa e le colonie batteriche attorno alla muffa si erano dissolte.

L'efficacia di questa muffa fu poi provata su altri tipi di batteri e dal momento che la muffa in questione apparteneva al genere *Penicillium*, Fleming la chiamò penicillina. Alcuni anni dopo, Ernst Boris Chain, un biochimico tedesco, e Howard Walter Florey, un anatomopatologo australiano, isolarono e purificarono la sostanza. Nel 1945, a Fleming, Chain e Florey fu assegnato il premio Nobel per la medicina. Successivamente altri importanti antibiotici cominciarono a essere utilizzati con questa finalità (tra i più noti vanno citati streptomina e tetracicline), sino ad arrivare a oggi con numerose sostanze ad azione antibiotica».

Quanti tipi di antibiotici esistono?

«In base al tipo di azione si distinguono antibiotici batteriostatici che agiscono bloccando la crescita dei batteri e antibiotici battericidi che causano la morte dei batteri. Gli antibiotici possono essere classificati anche facendo riferimento al loro spettro d'azione che può essere ampio se

sono attivi sia verso i batteri Gram+ sia verso i batteri Gram-; medio se sono attivi contro i batteri Gram+ e contro alcuni batteri Gram-; ristretto invece se sono invece attivi, o soltanto verso i batteri Gram+ o soltanto verso i batteri Gram-.

Gli antibiotici possono essere classificati anche in base al meccanismo di azione, in questo caso si distinguono in: antibiotici che inibiscono la sintesi della parete cellulare batterica; antibiotici che alterano la membrana citoplasmatica del batterio; antibiotici che inibiscono il meccanismo di replicazione e di trascrizione degli acidi nucleici; antibiotici che interferiscono con la sintesi proteica; antibiotici che interferiscono con il metabolismo energetico».

L'abuso di questi farmaci cosa può generare?

«Con l'andare del tempo, ne causa l'inefficacia, in quanto i microrganismi sono in grado di sviluppare una resistenza nei confronti di un antibiotico che viene assunto con frequenza. Questa resistenza, è il risultato di una mutazione a livello genetico, la quale può essere di due tipi: cromosomica: ovvero una mutazione che si

verifica a livello di cromosoma batterico.

Extracromosomica o Plasmidica: ovvero quando la mutazione avviene a livello del DNA extracromosomico, e, con precisione, a livello dei plasmidi R. L'antibiotico-resistenza, rende il microrganismo immune all'antibiotico, annullandone gli effetti».

Come si fa ad evitare che gli antibiotici smettano di fare effetto?

«Uno dei problemi maggiori è rappresentato dal "fai-da-te" dei genitori che, quando il bambino si ammala, danno spontaneamente un antibiotico con dosaggi non ottimali e appena i sintomi migliorano interrompono la terapia. Gli antibiotici sono farmaci preziosi, molto utili in presenza di specifiche infezioni, ma che non funzionano o addirittura possono essere dannosi qualora non vengano utilizzati in modo corretto. È quindi molto importante che siano somministrati solo quando li prescrive il pediatra, dopo aver fatto un'attenta diagnosi. Va ricordato, poi, che gli antibiotici funzionano solo ed esclusivamente verso le infezioni batteri-

che, non in caso di semplice raffreddore o influenza.

Nelle infezioni virali, come l'influenza di cui si parla tanto in questo periodo, gli antibiotici non sono utili e possono soltanto favorire il rischio di comparsa di infezioni causate da batteri resistenti all'antibiotico somministrato».

Qual è l'aspetto più allarmante?

«Gli antibiotici, che in precedenza ci hanno consentito di curare infezioni batteriche mortali e di salvare molte vite, stanno ormai diventando sempre meno efficaci. Questa è la preoccupazione espressa dal commissario Ue per la Salute, Tonio Borg il 15 Novembre scorso, in occasione della Giornata europea di informazione sugli antibiotici. Aumenta in Europa la resistenza batterica agli antibiotici e l'Italia è tra i Paesi del Vecchio continente con i livelli più elevati di resistenza a questi medicinali.

Sono i dati resi noti dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), provenienti dall'Europa e forniti dalla sorveglianza Ears-Net. La fotografia che ne emerge è poco con-

fortante: nel giro di 4 anni è aumentata notevolmente la resistenza in due specie di batteri sotto sorveglianza: *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*. La Giornata europea degli antibiotici è dedicata all'approfondimento del problema della resistenza agli antibiotici e della necessità dell'uso appropriato di questi farmaci per mantenere il più a lungo possibile la loro efficacia nel trattamento delle infezioni.

I due "supebatteri" sotto sorveglianza, per i quali i dati europei confermano la sempre maggiore capacità di resistere ai medicinali sono responsabili di infezioni urinarie, sepsi ed altre infezioni nosocomiali, mostrano un aumento nelle percentuali di resistenza alle cefalosporine di terza generazione, fluorochinoloni ed aminoglicosidi, resistenze che sono spesso combinate tra di loro generando batteri multi-resistenti, causa di infezioni difficilmente trattabili.

Negli ultimi anni tra le resistenze si è aggiunta quella ai carbapenemi, antibiotici di ultima risorsa. Una resistenza che può rendere l'infezione praticamente impossibile da trattare».

SEQUENZIARE CONTEMPORANEAMENTE FINO A 1 MILIARDO DI BASI DEL DNA

Oggi si può fare all'Unità di genetica dei "Riuniti" di Reggio Calabria. Grazie alle tecnologie "Next generation sequencing". E l'innovazione tecnologica entra nel laboratorio diagnostico

Servizio di **Barbara Varchetta**
in collaborazione con



Dopo circa 30 anni in cui le tecnologie di sequenziamento del DNA si sono evolute con molta lentezza, a partire dal 2005 esse hanno subito un'accelerazione ineguagliabile che ha aperto ampi scenari in vari settori, dalla biologia alla medicina.

Le tecnologie del sequenziamento del DNA di nuova generazione, definite con il termine "Next Generation Sequencing (Ngs)" rappresentano una vera e propria rivoluzione nella ricerca biologica e biomedica, consentendo di studiare il DNA ad un livello di dettaglio finora impensabile, riducendo i tempi per l'analisi dei campioni e diminuendo sensibilmente i costi.

Il dottore Carmelo Laganà, direttore dell'Unità operativa complessa di patologia clinica, microbiologia, virologia e genetica medica presso gli ospedali "Riuniti" di Reggio Calabria, ci spiega cosa significa innovazione tecnologica in ambito genetico e di quale strumentazione d'avanguardia è dotato il laboratorio dell'azienda ospedaliera.

«L'Unità organizzativa semplice (Uos) di Genetica molecolare, di cui è responsabile il dottore Corrado Mammi, genetista medico, da anni impegnato nel settore delle nanotecnologie, è dotata di una importante strumentazione di "Next Generation Sequencing". Si tratta di una innovazione tecnologica in grado di sequenziare in contemporanea fino a 1 miliardo di basi del DNA (1Gb), grazie ad una nuova metodica basata sul rilascio di protoni.

Tale enorme quantità di basi sequenziate può essere utilizzata per un solo soggetto o distribuita su più soggetti. Questo significa che la strumentazione è facil-

mente inseribile sia all'interno di un percorso di diagnostica individuale che di screening di popolazione».

Quali sono le sue applicazioni in genetica medica?

«Fino ad oggi, la possibilità di studiare dal punto di vista del DNA le malattie genetiche ha incontrato un grande ostacolo nelle patologie a cosiddetta eterogeneità genetica. Si tratta di patologie, come le cardiomiopatie congenite, le aritmie cardiache, l'epilessia, il ritardo mentale, il diabete monogenico, in cui una stessa malattia può essere causata dall'alterazione di numerosi geni. Studiarli singolarmente ha sempre rappresentato il limite maggiore, sia per la tempistica di esecuzione che per i costi di analisi. Oggi questa tecnologia promette una vera e propria rivoluzione in quanto sarà possibile studiare molti geni contemporaneamente ed arrivare ad una diagnosi genetica in tempi molto rapidi (si è passati da mesi ad alcune settimane)».

Come sarà utilizzata la nuova piattaforma tecnologica?

«L'ottica è quella di utilizzare la Uos di Genetica molecolare come una vera e propria "core facility" all'interno dell'Azienda ospedaliera, con la creazione di una rete collaborativa tra le diverse Unità operative al fine di realizzare una piattaforma unica, centralizzata, per lo studio del DNA ad alto livello tecnologico. Requisito fondamentale sarà quindi la trasversalità mediante un approccio multidisciplinare e polispecialistico».

Quali vantaggi deriveranno da questo diverso approccio?

«La diagnostica genomica abbinata alla

biologia computazionale (dove la bioinformatica rappresenta la disciplina di riferimento, a causa dell'enorme mole di dati che devono essere gestiti) rappresenta oggi uno dei bisogni più urgenti per l'intera comunità di ricerca biomedica. La creazione di una piattaforma unica di sequenziamento, così come sta avvenendo in numerosi altri importanti istituti di ricerca nazionali e mondiali, fungerà da fattore moltiplicativo delle sinergie, stimolando nuove collaborazioni, nuovi progetti e nuove soluzioni alle problematiche scientifiche e cliniche».

Su quali progetti si è puntata l'attenzione?

«Focalizzeremo l'attenzione su particolari linee di diagnostica molecolare con enormi ricadute sulla pratica clinica. In collaborazione con la Rete diabetologica pediatrica calabrese per lo studio di tutti i tipi di diabete ereditario su base monogenica (fino ad oggi identificati più di 10 geni), completeremo la diagnostica molecolare del diabete monogenico; in collaborazione con la Rete regionale malattie rare, eseguiremo uno studio dei geni responsabili delle più comuni forme di ritardo mentale sindromico e delle forme epilettiche su base monogenica.

Tale diagnostica si completerà a breve con l'acquisto di un sistema di CGH-array per lo studio delle aberrazioni genomiche (duplicazioni/delezioni).

Infine porremo l'attenzione sulle cardiomiopatie ed aritmie cardiache ed analizzeremo le mutazioni geniche in tessuti tumorali responsabili di risposta al trattamento con i nuovi farmaci biologici, al fine di fornire una terapia personalizzata in funzione del genotipo del paziente».

LA NUOVA FRONTIERA DELL'ALLERGOLOGIA

Oggi è possibile identificare con estrema precisione tutte le sostanze a cui si è allergici. E questo grazie alla diagnostica molecolare allergologica, la cosiddetta "Component Resolved Diagnosis".



La "Polispecialistica Bios s.r.l." opera da oltre 25 anni nel settore sanitario, garantendo sul territorio della provincia di Crotone un servizio di diagnostica e prevenzione per la salute del cittadino. La Bios nasce dall'idea e dall'impegno del **dottore Salvatore Pugliese**, che ha voluto accanto a se uno staff tecnico dotato di lunga esperienza e con elevato livello di specializzazione nell'esecuzione degli esami di laboratorio e delle indagini strumentali in vivo. La "Polispecialistica Bios", costituisce un centro polidiagnostico di riferimento sul territorio della regione Calabria.

Con l'avvento della primavera circa il 20% della popolazione italiana soffrirà di allergia, quanto è importante la prevenzione e come attuarla?

Lo abbiamo chiesto al **dottore Luca Pugliese, responsabile della sezione di Diagnostica Molecolare presso la Polispecialistica Bios**

«Tale patologia ha un grosso impatto sulla qualità di vita con ripercussioni sia sulla sfera sociale che economica del paziente stesso. Basti pensare che un bambino allergico, presenterà difficoltà di concentrazione e quindi di apprendimento. Per questi motivi è, quindi, fondamentale che il paziente allergico riceva una corretta diagnosi per poter beneficiare della terapia più appropriata. L'unico approccio terapeutico in grado di agire non solo sui sintomi ma anche sulla causa della patologia allergica, arrestando definitivamente la cosiddetta marcia allergica (progressione da rinite ad asma) è rappresentato dall'immunoterapia specifica (ITS) detta comunemente "vaccino".

Che cos'è l'allergia?

«L'allergia è una patologia cronica che, a seconda del distretto colpito, può presentarsi come: rinite (sensazione di naso chiuso persistente, starnuti ripetuti incontrollabili, rinorrea etc), congiuntivite (bruciore e rossore agli occhi), asma bronchiale (sensazione di difficoltà respiratoria), manifestazioni gastroenteriche, manifestazioni dermatologiche fino ad arrivare nei casi più disparati a manifestazioni sistemiche che mettono in serio pericolo la vita umana».

Come capiamo se siamo allergici a qualcosa?

«Per la scelta della corretta terapia è di fondamentale importanza avvalersi di una diagnostica innovativa e precisa. Infatti, i

vecchi metodi diagnostici allergologici, quali i test cutanei (prick-test) e di laboratorio (RAST) non permettono di identificare con estrema precisione tutte le sostanze (allergeni) a cui si è allergici, soprattutto nel caso di soggetti con più sensibilizzazioni. Oggi questo è reso possibile dalla diagnostica molecolare allergologica, la cosiddetta "Component Resolved Diagnosis" (CRD), che dosa la produzione di anticorpi di tipo IgE verso le singole molecole che compongono un allergene».

Queste innovazioni, che tipo di diagnosi permettono di eseguire all'allergologo?

«Queste nuove acquisizioni permettono all'allergologo di eseguire una diagnosi più corretta da fonte allergenica certa, di differenziare una vera allergia da una sensibilizzazione con scarsa sintomatologia clinica. Inoltre, si evidenzia la presenza di nuove allergie, come per esempio la Sindrome da LTP (Lipid Transfer Protein), oltre a poter distinguere, nei soggetti polisensibili, un'allergia multipla da una reattività crociata. Infine, nell'ottica di un trattamento immunoterapeutico, si può limitare il rischio di ulteriori sensibilizzazioni accidentali ed evitare di compromettere l'efficacia dell'Immunoterapia (ITS)».

Ci sono dei nuovi procedimenti per fare uno screening allergologico?

«Oggi esistono metodiche che ci permettono di fare uno screening allergologico molecolare con una semplice goccia di sangue. Tale test (ISAC) utilizza il principio del microarray su biochip dove sono presenti 112 molecole estratte da oltre 50 sorgenti allergeniche. Un'accurata descrizione delle molecole presenti o assenti all'interno del prodotto e la loro certificazione rappresenta un primo passo importante nello sviluppo di nuova era sia diagnostica che terapeutica. Infatti, oltre all'ISAC anche l'ITS ha fatto il proprio ingresso nell'era molecolare».

Per informazioni e contatti:



Piazza Largo Umberto I, 41 - 88900 Crotone (Kr)

Tel./Fax: 0962.25711

E-mail: info@biosmedica.it

Web: www.biosmedica.it



Nella foto a sinistra:
d.ssa Fortunata Salvemini,
capo tec. Giuseppe Scarfo,
dr. Salvatore Pugliese (camice
verde), dr. Neill Adams (biondo
occhiali), d.ssa Mariastella
Villani, dr. Luca Pugliese
(anche nella foto in basso)

Attualità in sanità

MEDICI

CHE SI AMMALANO



Loredana Nigri, responsabile del Servizio Sociale Professionale e curatrice di progetti di medicina narrativa dell'Asp di Cosenza, ha raccolto le testimonianze di tredici medici che hanno vissuto e combattuto contro il loro nemico numero uno: il malore

Servizio di
Alessandro Noce

Cosa succede quando sono i medici ad ammalarsi e ad essere curati nel sistema sanitario in cui magari lavorano o hanno lavorato? Come si vive la condizione di persona ammalata in un contesto sanitario arroccato sulle granitiche certezze della medicina basata su prove di efficacia (Evidence-based medicine, EBM) e restio all'ascolto e all'empatia? Come si cambia e come ci cambia la malattia? Le risposte a queste domande trovano eco nelle tredici narrazioni biografiche di Alfonso Reda, fisiatra, Stefania Infusino, psico oncologa, Mauro Greco, medico legale, Maria Minella, nefrologo, Antonio Virzi, psichiatra, Giuseppe De Munno, ginecologo, Gianpiero Dramisino, psichiatra, Furio Stancati, neurologo, Giampiero Chimenti, medico del lavoro, Renzo Bonofiglio, nefrologo, Eugenio Gagliardi, chirurgo, Piero Leonardo Perri, igienista, e Guglielmo Cordasco, chirurgo. Storie di medici che la malattia e gli impervi percorsi della cura, ora, si può dire, conoscono bene. La Medicina Narrativa è divenuta nel corso degli anni, la narrazione della malattia da parte del paziente

al medico, considerata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa.

Già diffusa da alcuni anni anche in Italia, la Medicina narrativa si concentra sul ruolo relazionale e terapeutico del racconto dell'esperienza di malattia da parte del paziente e nella condivisione dell'esperienza, attraverso la narrazione, con il medico che lo cura. Il suo valore è duplice. Da un lato, l'elaborazione del racconto e la comunicazione della propria esperienza attraverso un testo strutturato permette al paziente di riflettere sulla propria condizione e intravederne un senso che gli permette di accettarla più facilmente e viverla in una prospettiva meno negativa. Dall'altro, la narrazione contribuisce a migliorare il rapporto medico-paziente, a costruire un canale comunicativo privilegiato che aiuta la relazione terapeutica e a restituire al malato la propria dignità di persona che va "accolta" e ascoltata, non soltanto esaminata dal punto di vista clinico. Nell'incontro diagnostico, la descrizione è la forma fenomenica in cui il paziente sperimenta la salute; incoraggia l'empatia e promuove la comprensione tra il medico e il paziente; permette la costruzione degli indizi e delle categorie analitiche utili al processo terapeutico; suggerisce l'uso di un metodo olistico. Nella ricerca, la medicina narrativa aiuta a mettere a punto un'agenda centrata sui pazienti e a generare nuove ipotesi.

Ascoltare una storia di malattia non è

un atto terapeutico, ma è dare dignità a quella voce e onorarla. La Medicina Narrativa non vuole contrapporsi alla medicina tradizionale basata sull'evidenza, ma vuole essere uno strumento di supporto ad essa. Loredana Nigri, evidenzia come i medici hanno saputo scrivere, ma soprattutto descrivere la loro malattia, come hanno affrontato questa esperienza di vita.

«Non è facile - dichiara Nigri - aprirsi, far conoscere agli altri le proprie emozioni vissute in un periodo difficile, queste testimonianze hanno una finalità terapeutica, educativa, riflessiva e conoscitiva. In

queste dichiarazioni non mancano le critiche dei "medici malati" nei confronti dei servizi, dei reparti ospedalieri, negli ambulatori, dove a volta hanno svolto la loro professione.

Tutto ciò deve servire conclude Nigri - a migliorare il nostro servizio sanitario».

Nella foto a sinistra: **Loredana Nigri**; da sinistra a destra, **Furio Stancati** (neurologo), **Giuseppe De Munno** (ginecologo), **Giampiero Chimenti** (medico del lavoro), **Eugenio Gagliardi** (chirurgo), **Loredana Nigri** (assistente sociale, Responsabile Progetti Medicina Narrativa e curatrice), **Alfonso Reda** (fisiatra), **Pietro Leonardo Perri** (igienista), **Renzo Bonofiglio** (nefrologo), **Maria Minella** (nefrologo), **Stefania Infusino** (psico oncologa), **Mauro Greco** (medico legale)



Tossicologia

Servizio di **Valentina Cosco**
in collaborazione con



Dott. Mario Verre
Specialista in Tossicologia
medica.
Direttore del Dipartimento
dell'Emergenza e dell'Unità
Operativa di Anestesia, Rianimazione,
Terapia intensiva.
Ospedale "Pugliese-Ciacchio"
Catanzaro

EFFETTI COLLATERALI

L'uso indiscriminato e incontrollato dei farmaci ne può causare diversi e, anche, pericolosi. E arrivare anche a sviluppare le cosiddette malattie iatrogene, cioè causate proprio dall'abuso di medicinali

Un farmaco è una sostanza chimica che è in grado di determinare variazioni funzionali a carico della materia vivente. Costituisce un rimedio o una medicina alle dosi che portano un beneficio terapeutico ma può diventare un tossico o un veleno per dosi elevate, inducendo delle variazioni funzionali inutili o dannose. L'uso indiscriminato e incontrollato dei farmaci può condurre vari effetti collaterali e allo sviluppo delle cosiddette malattie iatrogene, cioè causate dai farmaci.

Come si manifestano le tossicità da farmaci?

«Si distinguono diversi effetti - dice il **dottore Mario Verre, specialista in tossicologia medica, direttore del Dipartimento dell'emergenza e dell'Unità operativa di anestesia, rianimazione, terapia, presso l'azienda ospedaliera "Pugliese-Ciacchio" di Catanzaro** - alcuni prevedibili ed evitabili, altri prevedibili ma difficilmente evitabili, altri ancora imprevedibili».

Parliamo degli effetti prevedibili ed evitabili.

«Innanzitutto i disturbi provocati da

sovradosaggio. Il sovradosaggio può essere assoluto, cioè in caso di somministrazione (per errore posologico o per tentativo di suicidio) di una dose molto più alta di quella terapeutica oppure può essere relativo in caso di malattie renali o epatiche che richiederebbero dosaggi inferiori.

Gli avvelenamenti da farmaci possono essere di diversa gravità a seconda dei tipi di farmaci e delle quantità presuntivamente assunte, del tempo trascorso dall'inizio dell'intossicazione, degli organi o apparati bersagli dell'azione tossico-farmacologica.

Secondariamente ci sono le interazioni tra farmaci o altre sostanze: alcuni farmaci rendono pericolosa la somministrazione di altri farmaci o di alcuni alimenti o bevande. Ad esempio in corso di terapia con alcuni antidepressivi non bisogna mangiare formaggi o bere vino. C'è anche la brusca sospensione di alcuni farmaci: stupefacenti, cortisonici, anti-convulsivanti, antiipertensivi; oppure via di somministrazione errata: introduzione per via endovenosa di soluzioni oleose».

Dottore Verre, effetti prevedibili o solo difficilmente

evitabili?

«Vi sono molti farmaci che oltre ad avere un'azione terapeutica benefica, hanno altre azioni tossiche ben conosciute e che si cerca di evitare o di limitare. In questo caso la somministrazione del farmaco costituisce un rischio terapeutico calcolato in quanto i benefici sono maggiori dei danni ed il farmaco è insostituibile.

Ad esempio l'uso dei cortisonici può provocare ulcera gastrica, diabete, infezioni. Gli antistaminici che vengono usati per il trattamento delle allergie provocano sonnolenza per cui è rischiosa la guida dell'automobile. Alcuni antibiotici possono provocare disturbi intestinali per alterazione della flora batterica. Questi farmaci devono essere somministrati esclusivamente sotto controllo medico».

Quali sono gli effetti imprevedibili?

«Idiosincrasia: l'organismo risponde ad una dose terapeutica di un farmaco come se fosse una dose tossica. Ad esempio nel caso di carenze enzimatiche cioè di quelle proteine dell'organismo deputate alla demolizione biologica di altre sostanze tra cui i farmaci.



ZLa loro carenza porta all'accumulo di sostanze tossiche.

Effetti malformativi in corso di gravidanza: molti farmaci possono indurre delle malformazioni fetali, pertanto è bene astenersi dall'assunzione di farmaci nel primo trimestre di gravidanza e chiedere sempre consiglio al proprio ginecologo.

Reazioni allergiche: le reazioni allergiche da farmaci sono abbastanza frequenti, per fortuna quelle gravi sono molto rare. Si verificano in persone predisposte dopo un precedente contatto dell'organismo con la molecola del farmaco e sono indipendenti dalla dose del farmaco. Le molecole del farmaco (apteni) si legano ad alcune proteine che così modificate agiscono da antigeni ed inducono la formazione di altre proteine dette anticorpi (immunoglobuline della classe IgE) legate alla superficie di alcune cellule e di alcuni tessuti».

Quali sono i meccanismi dell'allergia ai farmaci?

«Quando il farmaco è reintrodotta nell'organismo, avviene la reazione antigene-anticorpo sulla superficie delle cellule e dei tessuti sensibilizzati. Si liberano varie sostanze tossiche (media-

tori chimici) all'interno dell'organismo e si ha la manifestazione allergica».

Come si manifesta?

«Eritema: arrossamento a chiazze della cute con prurito. Orticaria: si formano pomfi ed edemi a livello della cute. Edema di Quincke: si ha un rigonfiamento degli strati profondi della pelle e delle mucose può interessare le prime vie respiratorie con ingrossamento della lingua e del faringe e della laringe con conseguente difficoltà respiratoria. Asma: costrizione ed edema dei bronchioli con difficoltà respiratoria.

Anafilassi: oltre ad una o più delle manifestazioni descritte vi è una vasodilatazione che causa caduta della pressione arteriosa e shock. La pericolosità è maggiore quanto più rapida è la comparsa delle manifestazioni (meno di tre minuti) e dopo la somministrazione di farmaci per via endovenosa. Deve intervenire rapidamente un medico e somministrare adrenalina per via sottocutanea e cortisonici».

Altre reazioni?

«Vi sono anche altre numerose reazioni da farmaci quali la malattia da siero, la febbre da farmaci, le reazioni autoimmunitarie, le reazioni allergiche

tardive, ma queste sono tutte di interesse specialistico. In ogni caso bisogna ricordare che i farmaci devono essere assunti soltanto quando sono necessari e soltanto su prescrizione e controllo medico».

Quali precauzioni vengono prese negli ospedali e nelle case di cura per evitare gli errori nella somministrazione dei farmaci?

«Gli errori sono sempre possibili, ma il Ministero della Salute e le regioni tra cui la Calabria hanno introdotto dei correttivi per evitarli. Ad esempio è diventata obbligatoria la scheda unica di terapia con firma congiunta del medico che prescrive ed infermiere che somministra il farmaco. È in atto un progetto sui farmaci cosiddetti Lasa, acronimo inglese che significa Look Alike/Sound Alike (vista simile/sonoro simile), utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere scambiati con altri per la loro somiglianza grafica e/o fonetica del nome. Farmaci con nomi che si scrivono e si pronunciano in modo simile, confezioni simili nelle dimensioni e nel colore possono indurre in errore durante tutte le fasi della gestione del farmaco».



CATARATTA? DIFETTI VISIVI? CHERATOCONO?

**ROBA
DA FEMTOSECONDI**

Il femtolaser assicura maggiore precisione e riduce il rischio di complicazioni. Lo si impiega per risolvere cataratta, miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia e cheratocono. "Tra i vantaggi di questa tecnica - dice il dottore Antonio Spinelli, della clinica "Biomeeting" di Reggio Calabria - c'è la possibilità di rendere l'intervento più sicuro ed efficace senza l'utilizzo di alcun bisturi"

Storia di copertina



Servizio di **Cassio Caracciolo**
in collaborazione con

Dott. Antonio Spinelli
Centro Biomeeting
Reggio Calabria

Storia di copertina



Una nuova frontiera nella chirurgia oculare è rappresentata dal laser pulsato a femtosecondi, una tecnica di ultimissima generazione che utilizza luce infrarossa con spots della grandezza di pochi micron e di breve durata, inferiore rispetto ai laser ad eccimeri. Attualmente è il metodo più avanzato per la correzione dei difetti visivi ed ha il vantaggio di evitare al paziente qualsiasi sintomatologia dolorosa intra e post-operatoria. Sono ancora pochi i centri che in Italia utilizzano tale tecnologia e soltanto due in Calabria, uno dei quali è il centro "Biomeeting" di Reggio Calabria dove il dott. Spinelli esegue questi trattamenti.

Dottore Antonio Spinelli, quali sono le patologie che colpiscono più frequentemente i nostri occhi e che possono essere trattate con il femtolaser?

«Il nostro sistema visivo funziona più o meno come una macchina fotografica. La messa a fuoco è assicurata dall'insieme di due lenti naturali, la cornea ed il cristallino, che rappresentano l'obiettivo oculare; tra le due lenti agisce l'iride che, come il diaframma automatico della macchina fotografica, regola la quantità di luce che entra dentro l'occhio. Quando il cristallino perde trasparenza, impedisce il passaggio e la focalizzazione della luce sulla retina, (pellicola della macchina fotografica), il paziente accusa una perdita progressiva di vista. Tale condizione prende il nome di cataratta. Le altre patologie che impediscono la messa a fuoco sulla retina sono i difetti refrattivi dell'occhio, quali miopia, ipermetropia ed astigmatismo. In questi difetti visivi le immagini visive percepite dai pazienti risultano annebbiate e sfuocate in

quanto non si formano sulla retina. Infine, ma non meno importante, c'è la presbiopia, altro difetto visivo che affligge le persone che hanno superato i 40 anni di età e che li obbliga all'uso di occhiali per la visione da vicino».

Come agisce il femtolaser nel tessuto corneale per la chirurgia refrattiva?

«Esso consente agli oculisti di creare un lembo corneale di diametro e spessore del tutto corrispondenti a quelli desiderati, diversamente dal microcheratomo ad avanzamento motorizzato che ha come limite principale la variabilità dello spessore del lembo. Il laser determina all'interno dello spessore corneale (stroma) una microesplosione che produce piccole bolle d'aria, le quali separano il tessuto e grazie al controllo computerizzato si possono creare geometrie e piani di incisione del tutto personalizzate a secondo del difetto visivo del paziente. Ciò consente al chirurgo di trattare con maggiore sicurezza e precisione i difetti di vista, specie le ipermetropie e gli astigmatismi. Il taglio effettuato con femtolaser evita il rischio delle complicanze che si possono verificare con il microcheratomo motorizzato, quali taglio incompleto o irregolare con perdita totale o parziale del lembo corneale. Inoltre si chiama femtolaser perché la durata dell'impulso è dell'ordine dei femtosecondi (una frazione infinitesimale di secondo, vale a dire un milionesimo di un miliardesimo di secondo). Si tratta di un impulso di durata brevissima che rende possibile avere uguali potenze in cornea o nel cristallino opacato impiegando minimi livelli di energia. Tutto a vantaggio dell'occhio e di una sua più rapida guarigione che acquista una visione otti-

male già dopo qualche ora dall'intervento. Con tale laser si possono inoltre effettuare anche i trattamenti intracorneali per la correzione della presbiopia, eseguiti o con l'applicazione del fascio laser in modo circolare attorno al centro della pupilla o con l'utilizzo di una lente inserita all'interno della cornea in una tasca formata dal femtolaser stesso».

Parliamo dell'intervento di cataratta.

«Il laser sostituisce il bisturi. Le fasi dell'intervento di cataratta che si avvalgono dell'impiego del laser a femtosecondi sono: eventuale correzione dell'astigmatismo, capsulotomia anteriore e frammentazione della cataratta su più piani, orizzontali e verticali, cioè il cristallino può essere diviso in quattro, in otto ed in più parti. In seguito si effettuano le entrate primarie e secondarie dalle quali verranno aspirati i frammenti di cataratta. Poi, con un sistema di irrigazione ed aspirazione viene fatta la pulizia del sacco capsulare, sede finale del cristallino artificiale che sostituisce quello opacato, cristallino che, eventualmente, può anche correggere la presbiopia».

Dottore, perché con questa tecnica si hanno risultati migliori?

«Perché il femtolaser toglie e sostituisce i bisturi e aggiunge maggiore precisione e sicurezza ad ogni singola manovra del chirurgo; diminuisce di molto il numero degli strumenti che entrano a contatto con l'occhio e diminuisce anche i rischi operatori.

Tra i vantaggi di questa tecnica c'è la possibilità di personalizzare l'intervento per ogni singolo paziente».

Quanto dura l'intervento? È doloroso?

«Essendo in anestesia topica (ovvero utilizzando delle gocce di collirio anestetico) con il paziente vigile di solito dura pochi minuti e si svolge in regime ambulatoriale con dimissione immediata.

Non è assolutamente un intervento doloroso. Il post-operatorio potrebbe presentare una sensazione di fastidio, ma anche questo dipende dal paziente e dal tipo di cataratta trattata».

La vista, dopo quanto tempo si recupera?

«Anche questo dipende dal tipo di difetto operato ma, nella maggior parte dei casi, i pazienti recuperano la perfezione visiva già dopo poche ore».

Altre applicazioni del femtolaser?

«Un altro utilizzo è rappresentato dal trapianto corneale (cheratoplastica), in quanto il laser permette di effettuare una cheratoplastica lamellare e cioè il trapianto di lamelle (strati) di cornea e non tutta la cornea in toto. Inoltre permette di effettuare tagli circolari perfetti, riducendo al minimo la deformazione corneale post-intervento. La procedura si esegue con una maggiore velo-

cià e sicurezza chirurgica. È utilizzato anche nel cheratocono nella preparazione del tunnel per l'inserimento degli anelli intrastromali (intacs) all'interno della cornea, cioè dei segmenti che permettono di ridurre le distorsioni visive che questa malattia comporta».

In ultima analisi che cosa vuole aggiungere?

«Sono convinto che questo metodo darà una grossa mano ai chirurghi in diversi tipi di chirurgia oculare ed in situazioni cliniche che spesso si presentano molto delicate, perché il femtolaser oltre ad avere la capacità di dare maggiore precisione alla mano dell'oculista, determina minori traumi all'interno di un organo così piccolo, ma così importante per la nostra qualità di vita».



Per informazioni e contatti:

Biomeeting

Via Gramsci, 9 - Reggio Calabria

Tel. 0965 29258

Cell. 392 6755315





Il direttore generale dell'azienda ospedaliera, Elga Rizzo

Il presunto licenziamento in ospedale **Rizzo: la Cisl Medici difende soltanto interessi particolari**

È polemica sull'ipotetico (a questo punto è proprio il caso di dirlo) licenziamento di un dirigente medico dell'Unità operativa di Chirurgia pediatrica del Pugliese-Ciaccio.

Alla nota della Cisl Medici che evidenziava il mancato rinnovo di un contratto a tempo determinato «malgrado la nota del 12 dicembre 2013 del dipartimento Salute della Regione che autorizzava questa possibilità fino al 2016», ha replicato ieri in maniera perentoria il dg dell'azienda ospedaliera, Elga Rizzo: «Sono false e mendaci le dichiarazioni contenute nella nota della Cisl Medici. Non solo non è stato mai "licenziato" nessun dirigente dell'Unità operativa di Chirurgia pediatrica, ma in relazione alla nota che la sigla sindacale ha inviato a vari

destinatari, questa direzione - un minuto dopo averla protocollata - ha inviato una propria lettera ai vertici della Sanità nazionale, a quelli regionali ed alla Procura della Corte dei Conti auspicando e addirittura invocando l'intervento del Ministro della Salute per poter confutare quanto assunto dalla Cisl Medici. Nella sostanza, infatti, l'azienda ospedaliera è in grado di dimostrare davanti ad ogni ordine e grado di giudizio la piena legittimità e l'estrema correttezza della propria azione. Il comportamento dell'azienda infatti è stato sempre ispirato a principi di interesse collettivo mentre la Cisl, per come saremo in grado di dimostrare, difende - conclude Elga Rizzo - "indifendibili" interessi particolari». ◀



SANITÀ Contestati i ritardi nell'accREDITAMENTO da parte dell'ufficio del commissario Aiello e Catanzaro da Vivere pressano su "Campanella" e Sant'Anna Hospital

«A che gioco stanno giocando?». Se lo domandano il gruppo consiliare Catanzaro da Vivere ed il suo leader Piero Aiello, capogruppo del Nuovo Centrodestra in commissione Sanità presso il Senato della Repubblica, intervenendo con una nota sull'accREDITAMENTO di alcune strutture sanitarie catanzaresi.

Il senatore Ncd, ritenendo «incomprensibili le scelte adottate dall'ufficio del commissario alla Sanità», rimarca come «ogni settimana si cerca artatamente il pelo nell'uovo pur di non firmare gli accREDITAMENTI per la Fondazione Campanella e per il Sant'Anna Hospital».

Nel chiedere un immediato e definitivo cambio di rotta, Aiello lancia anche un accorato appello al presidente Scopelliti chiedendo un suo autorevole e risolutivo intervento. Catanzaro da Vivere gli fa eco: «Stiamo assistendo ad un vergognoso tira e molla, atto che non farà altro che continuare a creare disagi ad operatori, malati e famiglie, nonché ad intere comunità. Se entro la prossima settimana i pendolari del bivacco non porranno fine a tale incresciosa situazione – conclude il gruppo consiliare – in ogni caso, se necessario, sentiremo il dovere dapprima di chiedere al senatore Aiello di intraprendere ogni azione a supporto di tali processi decisionali quale parlamentare della Repubblica e componente della commissione Sanità del Senato; successivamente, non potrà non essere avallata anche da parte nostra una mobilitazione generale a difesa delle prerogative di strutture che da anni garantiscono alta specialità dando, tra l'altro, lustro al nostro territorio». ◀



La sede della Fondazione Campanella, a Germaneto



Il senatore Piero Aiello



La 13esima edizione di "Sport e solidarietà"

Ventuno squadre pronte al torneo di beneficenza per la Pediatria

Un calendario di tre mesi prevede 60 gare di calcio a 5 al Palamilone



Raffaele Lucente:
«Ogni anno riusciamo a garantire attrezzature»



Maurizio Principe:
«L'appuntamento rappresenta un evento sportivo di spessore»

Giuliano Carella

Al via la tredicesima edizione del torneo di calcio a 5 di beneficenza denominato "Sport e Solidarietà." È organizzato dall'associazione "E' Solidarietà", in collaborazione con la Federazione italiana giuoco calcio - Lega nazionale dilettanti, dall'Aia (associazione italiana arbitri) e dal Comune. Ieri mattina nella sala consiliare è stato effettuato il sorteggio per distribuire le squadre partecipanti in quattro gironi. Oltre al presidente onorario di "E' Solidarietà" Raffaele Lucente e al presidente dell'associazione Maurizio Principe, hanno preso parte all'iniziativa il sindaco Peppino Vallone, l'assessore allo Sport Claudio Molè, il presidente della delegazione provinciale della Fgc Pino Talarico ed il presidente della delegazione Aia (associazione arbitri) Sergio Concarino.

Saranno in tutto ventuno le squadre che si contenderanno il titolo. Il calendario prevede sessanta gare e tre mesi di competizione. Il torneo partirà il 2 marzo e si concluderà con la finale il 10 maggio.

Quest'anno con il ricavato

delle iscrizioni sarà acquistato dell'attrezzatura sanitaria da destinare alla divisione di pediatria dell'Ospedale cittadino. In passato, grazie alla raccolta fondi ricavati dalla iscrizioni del torneo, si è contribuito alla realizzazione di due stanze semi-intensive nel reparto di pediatria sempre dell'Ospedale di Crotone. È stato inoltre acquistato un banco latte necessario per l'unità di neonatologia, mentre l'ambulatorio di medicina dello sport è stato dotato di un defibrillatore.

«È con orgoglio - ha spiegato il presidente onorario di "E' Solidarietà" Raffaele Lucente - che saluto questa nuova edizione del torneo insieme al presidente dell'associazione Maurizio Principe, grazie agli sforzi che compiamo ogni anno riusciamo a garantire attrezzatura utile per alcuni reparti dell'Ospedale». «È un appuntamento - ha aggiunto Principe - che superata la fase pionieristica dei primi anni, oggi rappresenta un vero e proprio evento sportivo di notevole spessore che non ha però mai perso, anzi ha rafforzato, lo spirito con il quale l'associazione "E' Solidarietà" lo ha concepito: fare beneficenza,

vera e concreta».

Il sindaco Peppino Vallone ha confermato la vicinanza del Comune all'associazione, mettendo a disposizione delle squadre il Palamilone dove si svolgeranno le gare. Il presidente dell'associazione Maurizio Principe ha quindi coordinato i lavori che hanno visto anche il sostegno dei gironi, seguito con particolare attenzione dai rappresentanti delle squadre che daranno vita al torneo molti dei quali erano ieri mattina presenti. Animeranno il torneo di beneficenza le rappresentative messe insieme: dai Carabinieri, dalla Guardia di Finanza, dalla Polizia di Stato, dai Vigili del Fuoco, dalla Polizia stradale, della Polizia penitenziaria, della Capitaneria di porto, del Corpo forestale, dell'Ordine degli Avvocati, della Provincia di Crotone, delle Poste italiane, della Confcommercio, dell'Azienda sanitaria provinciale, della Soakro, della Uisp, dell'Ordine dei Commercialisti, dell'associazione Pescatori, dell'associazione Vittorio Veneto, dell'azienda Fratelli Romano, dell'azienda Milon Tour, dell'E-Group Lorenti. Ad aggiudicarsi la passata edizione sono stati i Vigili del Fuoco. ◀





Nell'aula consiliare del Comune la presentazione del torneo

Da 12 giorni tonnellate di spazzatura invadono marciapiedi e carreggiate. Papillo (settore ambiente Pd): l'esecutivo regionale si assuma le proprie responsabilità

Rifiuti, ormai è emergenza sanitaria e ambientale

Vittoria Sicari

Tonnellate di spazzatura, sacchetti di plastica sparsi sui marciapiedi e lungo le carreggiate e come se ciò non bastasse carcasse di elettrodomestici, mobili, ingombranti. La gente ci passa davanti lancia qualche sproloquio e ormai assuefatta tira dritto come se niente fosse.

Un recente studio di sociologia urbana ha evidenziato che «il degrado genera degrado» e in effetti in posti in cui tutto funziona, le strade sono pulite, i cestini portarifiuti sono posizionati alla giusta distanza e si effettuano controlli capillari, i cittadini sono psicologicamente «condizionati» e invogliati a rispettare l'ambiente. Al contrario in posti in cui ci si può permettere di buttare per terra qualsiasi cosa senza che nessuno se ne stupisca o gridi allo scandalo si ha licenza di infischinarsene dell'ambiente e del decoro urbano. Così come accade dalle nostre parti dove l'immondizia si accumula giorno dopo giorno senza che nessuno ci faccia più caso. Sono trascorsi ben 12 giorni dall'ultimo conferimento in discarica e quindi da quando la ditta che gestisce il servizio rifiuti non provvede alla raccolta della spazzatura. Il Comune dal canto suo si sta attrezzando solo per potenziare i mezzi adibiti al trasporto in modo – una volta avuto il benessere dalla Regione – da recuperare e depositare celermente i rifiuti nell'impianto lametino. Ma di piani volti ad eliminare definitivamente un'emergenza che ormai è diventata ordinaria amministrazione non se parla affatto.

A soffermarsi sull'angoscioso problema che, «con sistematica periodicità si ripresenta ad intervalli regolari paralizzando in particolare il Vibonese, i cui centri sono costretti a fare i conti con cumuli di immondizia assiepati qua e là con rischi evidenti per la salute pubblica, è il responsabile Pd del settore ambiente Vitaliano Papillo che suggerisce di aprire una riflessione seria sul problema rifiuti.

«La questione è già al vaglio della segreteria dei democratici – osserva Papillo – dove è stata avviata una discussione per cercare d'individuare una proposta condivisa che permetta

finalmente di uscire da questa situazione di perenne, inaccettabile, emergenza continua». Secondo il dirigente del Pd non è più pensabile – stante l'assidua frequenza con cui la discarica di Pianopoli va in tilt – dipendere da impianti fuori provincia.

«Ciononostante all'orizzonte non si intravede alcuno spiraglio risolutivo e anziché assumersi le responsabilità l'attuale esecutivo regionale – seguita l'esponente dei democratici – continua a fare a scarica barile e a dire che la colpa non è solo di chi governa attualmente». Tuttavia, a prescindere di chi è la colpa, per i vertici del Pd, è arrivata l'ora di uscire dalla fase di stallo e di mettere da parte le soluzioni tampone. «Va creato un sistema di raccolta, smaltimento differenziato porta a porta e riciclaggio – chiosa Papillo – che sia degno di questo nome e che permetta di recuperare gli scarti in modo che il rifiuto si trasformi in una risorsa». Intanto domani è un altro giorno... Un giorno in cui la città dopo il week end si riempierà ancor più di immondizia che fisiologicamente a contatto con gli agenti atmosferici si decompone e diviene pericolosa. Ad indignare i cittadini, oltre all'inefficienza dell'amministrazione comunale «capace solo quando si tratta di riscuotere tasse e tributi», il silenzio assordante dell'azienda sanitaria locale «preposta a intervenire in caso di allarme igienico-sanitario».

Infatti, tra i rifiuti maleodoranti dove il percolato scorre indisturbato passeggiano ratti di megadimensioni e animali randagi che, strappate le buste alla ricerca di resti di cibo, sparpagliano il contenuto decomposto dei sacchetti in ogni angolo di strada. Le persone ci passano vicino, scansando il pattume con i piedi e respirando l'odore rancido e putrefatto della spazzatura. L'appello, rivolto al Prefetto, trattandosi ormai di una vera e propria emergenza pubblica è di intervenire anche con la Regione affinché si individui un percorso volto a superare le criticità di un territorio già vittima di altre emergenze (sociale, economica, occupazionale, idrica.....). ◀





Via Milite Ignoto, in pieno centro, completamente invasa di spazzatura

La riflessione dell'arcivescovo

L'eutanasia per i bambini rovescia l'etica medica e cristallizza un'ipocrisia

«**L**a nostra vita è un'opera d'arte. Per viverla come esige l'arte della vita dobbiamo porci delle sfide difficili da contrastare a distanza ravvicinata; dobbiamo scegliere obiettivi che siano ben oltre la nostra portata, e standard di eccellenza irritanti per il loro modo ostinato di stare ben al di là di ciò che abbiamo saputo fare o che avremmo la capacità di fare. Dobbiamo tentare l'impossibile».

Come sono lontani dalla verità profonda del pensiero del sociologo Zygmunt Bauman gli artefici della discutibile, discussa e per molti versi incredibile decisione del Parlamento belga di consentire l'eutanasia ai minori, subordinandola al consenso di genitori e psicologi. «Massimo è il rispetto che si deve ai bambini», affermava Giovenale nel primo secolo d.C., un tempo troppo lontano per essere presente ad una società che spinge sempre più sul pedale del futuro, credendosi immortale e sempre dalla parte del giusto. Con quale esito? In primo luogo, il rovesciamento dell'etica medica, che abbandonato il giuramento ippocratico della difesa della vita, affida al medico funzioni di avviamento alla morte. In secondo luogo, la cristallizzazione di inedite forme di ipocrisia, ultima quella di presentare come forma di ossequio alla volontà del paziente la sua decisione di non vivere più. S'aggiunge una vena di sottile perversione, insita nel demandare ai genitori il potere di staccare la spina al figlio malato: il diritto di vita e di morte dei padri sui figli viene esaltato come innovativa espressione di civiltà e di uma-

nità. Ma è lecito chiedersi: quale volontà prevarrà, ove i genitori siano di opinione diversa? Quanto accade ha, in realtà, solo una spiegazione: la bioetica pensata come etica della vita si è trasformata pian piano nell'etica del potere di chi, artificialmente e a suo piacimento, la vita vuol crearla in provetta, manipolarla, sopprimerla. Al contrario, essa dovrebbe essere trattata con uno sguardo multidisciplinare, evitando l'irrigidimento in regole precostituite, perché le ideologie non possono calpestare la dignità della persona, figurarsi poi per legge. Occorrerebbe maggiore attenzione alle istanze ed alle convinzioni della fede ed una più rispettosa considerazione dei sistemi di valore e degli interrogativi di natura metafisica. E sarebbe ugualmente necessario prestare orecchio agli imperativi della dignità, della dedizione e della compassione. «Il corpo di ciascuno di noi- ricordava a dicembre papa Francesco- è risonanza di eternità, quindi va sempre rispettato; e soprattutto va rispettata e amata la vita di quanti soffrono». Parole che il vento della tecnica ha disperso nei labirinti della scienza, ma che restano radicate nei cuori e ancor più adesso spingono tutti, in primo luogo i cristiani, al dovere della testimonianza: la morte procurata non è mai una soluzione, ma solo la fonte di ulteriori drammi e inumanità. Nel mondo che cambia non ci sarà più futuro se da spettatori non si tornerà attori capaci di illuminare e riscaldare un vivere gelido, tenebroso e spietato. Agiamo prima che sia davvero troppo tardi.

+ Vincenzo Bertolone



ROSSANO L'autista ha dovuto prendere l'infermiere a Cariati e poi tornare in città

Viaggio allucinante di un'ambulanza per il trasferimento di un bambino

Una ragazza con problemi cardiaci ha invece dovuto aspettare tre ore

Benigno Lepera
ROSSANO

I tempi per ottenere le prestazioni sanitarie sono biblici per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, ma sono pericolosamente lunghi anche per i pazienti che ricorrono alle cure del pronto soccorso ed hanno bisogno di essere trasferiti in altri ospedali o necessitano di consulenze all'interno dell'ospedale spoke unico (solo di nome) di Rossano-Corigliano divisi da circa 10 chilometri di strade tortuose ed in gran parte dissestate. E relativamente ai trasferimenti da un ospedale all'altro, anche per casi urgenti come quello presentatosi la scorsa notte al pronto soccorso di Rossano, succede che il malato deve attendere per ore prima di essere trasferito in ambulanza. A causa della chiusura dei due ospedali periferici di Cariati e Trebisacce, trasformati in punti di primo intervento, ed in seguito a cervelotiche disposizioni, infatti, succede che un paziente anche con problemi che indicano il ricovero nella struttura Hub, come quello di Cosenza, deve prima giungere all'ospedale spoke di Rossano percorrendo in ambulanza la pericolosa SS 106 per oltre mezzora e poi da qui, dopo la presa in carico del malato, deve essere trasferito a Cosenza nuovamente in ambulanza perdendo non minuti, ma ore preziose prima che i medici della struttura Hub possano intervenire. Questa situazione si è presentata, come detto, la notte scorsa quando una ragazza, a quanto sembra con problemi cardiaci, è stata trasferita da Trebisacce a Rossa-

no e poi, dopo avere inoltrato una nuova richiesta di trasferimento e relativo fax alla centrale del 118, a Cosenza giungendo a destinazione dopo tre ore dal momento in cui si sarebbe recata al punto di primo intervento.

Ma le incongruenze delle cervelotiche disposizioni non finiscono qui. Succede anche che per un trasferimento secondario (con la sola presenza in ambulanza di autista ed infermiere) per accompagnare un paziente dall'ospedale di Rossano a quello di Corigliano occorrono ore e spreco per i consumi dei mezzi impiegati e per l'utilizzo del personale. È accaduto, infatti, che un bambino doveva essere trasferito al reparto di pediatria di Corigliano dove è stato collocato in seguito alla distribuzione dei reparti (anche questa cervelotica e fuori da ogni logica). Il medico del pronto soccorso ha dovuto prima fare richiesta dell'ambulanza con la presenza di autista ed infermiere al 118. Ottenuta l'autorizzazione l'autista è partito da Rossano con l'ambulanza alla volta di Cariati per prelevare l'infermiere in quel momento reperibile. Tornato a Rossano finalmente il bambino (tra le proteste dei genitori che, ovviamente, se la sono presa, ingiustamente, con i medici del pronto soccorso) è stato trasportato al reparto di pediatria, mentre, cosa sconcertante, l'autista ha dovuto riaccompagnare nuovamente l'infermiere a Cariati. Tutte carenze che influiscono sulla serenità degli operatori sanitari, quelli che lavorano con abnegazione sul campo. ◀



Carenza di mezzi e personale



CARIATI

Aumenta il numero dei giovani donatori

CARIATI. Continua l'impegno dell'Avis comunale e cresce il numero dei giovani donatori. Nell'ultima campagna sono state raccolte 36 sacche di sangue. Risultato che inorgoglisce e invoglia i numerosi volontari a fare sempre di più. A darne notizia è il presidente dell'associazione Damiano Montesanto, che ringrazia tutti coloro i quali hanno dedicato una parte del loro tempo a compiere un grande gesto di solidarietà.

«Stiamo riscontrando buoni risultati - spiega il presidente - che ci danno grande soddisfazione e ci spingono a lavorare ancora meglio, soprattutto con i giovani. La campagna intrapresa nelle scuole superiori stato un ottimo strumento d'informazione e sensibilizzazione». ◀ (ign. rus.)



Donate 36 sacche



Al consiglio regionale la presentazione del documento strategico adottato da Asp e Regione

Bambini diabetici, un disciplinare favorisce l'integrazione in classe

Cristina Cortese

L'obiettivo è definire compiti e responsabilità reciproci per una più adeguata e serena frequenza scolastica del bambino con diabete, favorendo un'azione coordinata fra tutti i soggetti coinvolti. Ma la presentazione del "Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete in contesti scolastici, educativi, formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita", si arricchisce anche di un'importante sfida. A proposito della rete diabetologica pediatrica istituita dall'Asp reggina nel 2009, il commissario straordinario Franco Sarica dice: «Si tratta di un modello assistenziale tra ospedale e territorio che prevede, accanto agli ospedali di Locri e di Polistena, una serie di servizi distrettuali in modo da garantire continuità sul territorio. Da questo esempio di sinergia, deve nascere lo sforzo di trasferire il percorso a livello regionale per creare punti di riferimento e servizi di qualità di diabete pediatrico più vicini ai bisogni dei cittadini». Per il dott. Franco Mammì, coordinatore della rete diabetologica pediatrica calabrese, «una risposta alle esigenze complessive di assistenza nella quotidianità passa dalla valorizzazione della rete con la valorizzazione di competenze specialistiche».

Al presidente della commissione regionale Sanità, Salvatore Pacenza, che è anche medico, il merito di aver promosso un'iniziativa che ha richiamato i componenti dell'Agd nazionale (associazione giovani diabetici), tutte le parti interessate, rilanciando, attraverso la voce di Vito Pirruccio, dirigente scolastico dell'Istituto comprensivo di Siderno, le difficoltà del sistema nell'affrontare il problema.

Al centro, il documento illustrato nella sala "Giuditta Levato" di Palazzo Campanella. «Siamo la prima Regione d'Italia che recepisce le linee guida elaborate su iniziativa dei ministeri della Salute e della Pubblica Istruzione - esordisce Pacenza - . Il documento fungerà da punto di riferimento per assicurare al bambino una vita il più possibile normale ed una permanenza negli istituti in condizione di sicurezza». Per Giacomo Brancati, del dipartimento regionale Tutela della salute «l'integrazione risulta strategica per facilitare i percorsi assistenziali e per conseguire risparmi in una regione dalla forte incidenza della patologia», mentre Adriana Mauro (assessorato regionale alla Cultura) individua «nella programmazione comunitaria 2014-2020 la spinta per percorsi mirati all'inserimento e all'inclusione». Mirella Nappa (dirigente Atp) assicura «l'impegno dell'Ufficio scolastico regionale a lavorare, nell'ambito delle proprie competenze, divulgando il documento all'interno delle istituzioni scolastiche». Ancora, i contributi di Massimo Cipolli (Agd Italia, coordinamento tra le associazioni italiane giovani con diabete) e della referente della direzione generale della programmazione del ministero della Salute Paola Pisanti. «Condividere programmi comuni anche da posizioni diverse serve a migliorare la qualità della vita delle persone. La scuola è il luogo dove fare salute, ce lo dice anche la Ue», osserva quest'ultima. Infine, dall'ingegnere Gianni Lamenza, Agd Italia, coordinatore del progetto (presente anche Alfonso La Loggia, referente Siedp, società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica), l'importanza «di un atto di programmazione sanitaria che vuole offrire una risposta operativa». ◀



Il pubblico che ha partecipato alla conferenza di presentazione





Giovanni Barone, Giuseppe Saletta e Pasquale Ferraro

Un riconoscimento all'arch. Ferraro

Sanità territoriale, Palmi soddisfatta dei risultati ottenuti

Ivan Pugliese
PALMI

“Assistenza sanitaria territoriale: opportunità e prospettive”: è il tema sviscerato a Palazzo San Nicola durante un incontro.

L'assessore alla Sanità Giuseppe Saletta ha ricordato i risultati portati a termine e quelli in itinere: «Grazie al fondamentale impegno dell'Aspe e alla collaborazione di Provincia e Regione, abbiamo goduto di risultati importanti: la ristrutturazione totale del Punto di Primo intervento, la razionalizzazione dei Poliambulatori, l'istituzione del Distretto sanitario, l'ammodernamento e ampliamento del Cup, la ristrutturazione totale della camera iperbarica. L'impegno non finisce qui: grazie al governatore Scopelliti abbiamo già a portata di mano un nuovo piano uffici, l'ampliamento della dialisi e l'ammodernamento della radiologia. Per tutto ciò che è stato fatto ringrazio la dott.ssa Squillacioti e sono certo che continueremo il percorso virtuoso con il commissario Sarica».

Il sindaco Giovanni Barone

ha evidenziato come «nonostante l'amministrazione non abbia potere d'intervento diretto, grazie all'operosità dell'assessore Saletta e dei consiglieri Parisi e Papalia siamo riusciti a creare un'area amministrativa sulla sanità guidata dalla dott.ssa Maria Rosa Garipoli e un capitolo di spesa».

Quindi l'arch. Pasquale Ferraro, dell'Uf dell'Asp ha rilevato come negli ultimi anni si è «lavorato come le formiche, in silenzio e con operosità, tra mille difficoltà di carattere economico e finanziario. Oggi la struttura ospedaliera, convertita in Centro di assistenza primaria territoriale, ha riacquisito nuova dignità». A Ferraro l'assessore Saletta ha conferito un riconoscimento a nome della Città per l'impegno profuso a servizio della collettività. Il dott. Pasquale Veneziano, presidente provinciale dell'Ordine dei medici, ha ricordato i fasti dell'ospedale "Pentimalli": «Ho visitato la struttura solo qualche mese fa e mi sono sentito rigenerato: la sanità palmese è diventata modello di risparmio ed efficienza». ◀



 la polemica

Dirigente licenziato? La Rizzo: Cisl Medici ha dichiarato il falso

*Il dg dell'ospedale
Pugliese replica
duramente
al sindacato*

Una replica a muso duro. Il direttore generale dell'azienda ospedaliera Pugliese-Ciaccio Elga Rizzo contesta la nota della Cisl Medici e denuncia «le false e mendaci dichiarazioni in essa contenute» precisando «di non aver mai "licenziato" nessun dirigente dell'Unità operativa di Chirurgia pediatrica». Non solo - aggiunge la Rizzo - ma «in relazione alla nota che la sigla sindacale ha inviato a vari destinatari, questa direzione - un minuto dopo averla protocollata - ha inviato una propria lettera ai vertici della Sanità nazionale (Paolo Fadda e il direttore generale del Ministero), a quelli regionali (l'onorevole Scopelliti, i subcommissari Pezzi e Urbani e il direttore generale del Dipartimento Tutela della salute) e alla Procura della Corte dei Conti auspicando e addirittura invocando l'intervento del ministro della Salute per poter confutare quanto assunto dalla Cisl Medici». Secondo il direttore generale Rizzo «infatti l'azienda ospedaliera è in grado di dimostrare davanti ad ogni ordine e grado di giudizio la piena legittimità ed estrema correttezza della propria azione».

Accreditamenti sanitari

Gli "aielliani" in trincea

L'accreditamento di alcune strutture sanitarie catanzaresi preoccupa il gruppo consiliare Catanzaro da Vivere e il suo leader Piero Aiello. Si chiedono «a che gioco si stia giocando» con Aiello in persona che ritiene «incomprensibili le scelte adottate dall'ufficio del commissario alla Sanità». Catanzaro da Vivere aggiunge: «Ogni settimana si cerca artatamente il pelo nell'uovo pur di non firmare gli accreditamenti per la Fondazione Campanella e per Villa Sant'Anna». Ecco perché viene chiesto «un immediato e definitivo cambio di rotta». Aiello ha lanciato anche un accorato appello al presidente Scopelliti chiedendo un suo «risolutivo intervento». Catanzaro da Vivere gli ha fatto eco spiegando che si sta «assistendo a un vergognoso tira e molla che non farà altro che continuare a creare disagi a operatori, malati e famiglie, nonché a intere comunità». Netta la conclusione: «Se entro la prossima settimana i pendolari del bivacco non porranno fine a tale incresciosa situazione sentiremo il dovere dapprima di chiedere ad Aiello di intraprendere ogni azione a supporto di tali processi decisionali quale parlamentare della Repubblica e componente della commissione Sanità del Senato, successivamente, non potrà non essere avallata anche da parte nostra una mobilitazione generale a difesa delle prerogative di strutture che da anni garantiscono alta specialità dando, tra l'altro, lustro al nostro territorio ed alla Regione Calabria».



Piero Aiello,
leader della lista
Catanzaro da Vivere

Sanzioni agli odontoiatri Sancita l'illegittimità

La commissione Albo odontoiatri dell'Ordine dei medici di Catanzaro, presieduta da Salvatore De Filippo, ha ottenuto quel che voleva. Una sentenza del tribunale civile del capoluogo ha sancito l'illegittimità delle sanzioni erogate dalla Regione ad alcuni titolari di studi odontoiatrici della provincia per la mancanza dell'autorizzazione sanitaria regionale. Queste sono dunque le ore della soddisfazione, e infatti l'Ordine non ha perso l'occasione per ricordare che «l'ultima vicenda giudiziaria ha interessato uno studio odontoiatrico che si è visto ricevere una sanzione pecuniaria dalla Regione a causa di una presunta mancata autorizzazione». Il giudice del tribunale di Catanzaro, invece, ha ribaltato l'esito del provvedimento regionale, riconoscendo la legittimità dello studio odontoiatrico. «Studi odontoiatrici - ha dichiarato De Filippo - che peraltro già devono rispettare rigorosi standard previsti dalla normativa nazionale, e quindi sono perfettamente adeguati ai più avanzati criteri di sicurezza, a garanzia di tutti i pazienti. Si avvia, quindi, a positiva conclusione una vicenda che ha turbato i professionisti della nostra provincia e ha messo a serio rischio l'assistenza odontoiatrica per i cittadini calabresi». Ecco perché si registra anche il plauso del presidente dell'Ordine dei medici, Vincenzo Ciconte. «La commissione albo odontoiatri - ha concluso De Filippo - continuerà nella propria azione di vigilanza nell'interesse complessivo dei cittadini e dei professionisti odontoiatri».

SETTIMANA DEL CUORE

«Nelle strutture sportive non si hanno defibrillatori e personale adeguato»

di CATERINA POMETTI

LA prevenzione della morte cardiaca, improvvisa soprattutto nei giovani e negli sportivi, è stato l'oggetto della quinta campagna nazionale "Al cuor non si comanda", promossa dalla Fondazione "per il Tuo Cuore" Onlus, che ha visto per il secondo anno la partecipazione dell'Asp di Catanzaro, con il reparto di Cardiologia dell'Ospedale di Lamezia. Una settimana all'insegna della salute, che ha coinvolto le scuole, atletici e famiglie con un convegno al palasport di Lamezia. Il convegno ha visto come relatore Antonio Andricciola, responsabile del reparto Cardiologia Utic, che ha affrontato il tema "Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari", per il quale «servono persone competenti che riconoscano al momento opportuno quando ci troviamo di fronte a un arresto cardiaco e che sappiano usare un defibrillatore».

Importante per Andricciola è «essere più coraggiosi. Essere in grado di fare un massaggio cardiaco, può salvare la vita a una persona, in attesa dei dovuti soccorsi». Il suo rammarico: «nelle strutture sportive, non si hanno defibrillatori e personale adeguato ad usarli».

Di morte improvvisa e arresto cardiaco soprattutto per gli atleti, ha parlato invece il cardiologo Tommaso Battaglia_ «non esiste la morte improvvisa da sport in un soggetto col cuore sano, il soggetto in questione, ha alla base problemi cardiovascolari e un'età che si aggira in-

torno ai 35 anni. Al di sotto di tale soglia ci sono alla base patologie congenite o ereditarie che con lo sforzo da sport, portano all'evento della morte improvvisa».

Importante studiare secondo Battaglia «l'ereditarietà di patologie nelle nostre famiglie. L'ideale sarebbe praticare sport accompagnato da vita sana senza alcol,

fumo e droghe». In Italia sono pochi i casi di morti improvvise nei giovani sportivi, circa 2 su 100.000 abitanti, tra gli sport, il più colpito è il calcio, poi ciclismo e corsa. «L'Italia - ha dichiarato - è la nazione che segue di più gli atleti che fanno agonismo, con accertamenti accurati, prevenendo l'elettrocardiogramma di base e sotto sforzo. Le visite di idoneità sportiva sono importanti. Piacenza è la città più cardioprotetta d'Europa con 480 defibrillatori per 100 mila abitanti, se noi in Calabria e a Lamezia arrivassimo a 40 sarebbe un successo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Andricciola e Battaglia

Campagna nazionale sui rischi cardiovascolari

SPORT E BENEFICENZA Il ricavato servirà ad acquistare un macchinario per l'ospedale

Tutti in campo per la solidarietà

Sono 21 le squadre di calcio a 5 che si sfideranno sotto l'egida di Fgci e Aia

di ANTONIO OLIVERIO

SONO ventuno le squadre che si affronteranno nel tradizionale torneo di calcio a 5 organizzato da "E'...Solidarietà", che, giunto alla XIII edizione, è cresciuto nel tempo sino a divenire competizione semiufficiale, col contributo della Fgci e dell'associazione arbitri. La sua presentazione è avvenuta presso l'aula consiliare del Comune.

Dal 2 marzo, fino alla finalissima al Palamilone del 10 maggio, «saranno sessanta le gare del torneo, che vede impegnate ben 500 persone, fra calciatori, dirigenti e tecnici», spiega Maurizio Principe, presidente di "E'...Solidarietà", impegnata, con questa e altre iniziative, nella beneficenza a supporto della struttura ospedaliera: col ricavato delle iscrizioni per il torneo del 2014, «sarà acquistata una sofisticata attrezzatura medica per la divisione di pediatria dell'Ospeda-



Gli intervenuti alla presentazione

le», prosegue Maurizio Principe. Dunque, tramite lo sport e i valori che trasmette, «lealtà, rispetto dell'avversario, solidarietà», precisati dal presidente onorario dell'associazione, Raffaele Lucente, lo spirito è quello di «gettare un seme nella comunità», attraverso concrete attività di beneficenza. Lucente ha poi lodato il vigile Francesco Callea, partecipante a diverse edizioni, che nei giorni scorsi ha salvato la donna che minacciava di gettarsi dal balcone. Il pre-

sidente provinciale della Fgci, Pino Talarico, ha dunque coadiuvato Principe e Lucente nel sorteggio dei quattro gironi, tre da cinque e uno con sei squadre, della competizione. Il sindaco, Peppino Vallone, ha quindi evidenziato «la partecipazione e lo spirito di solidarietà della cittadinanza», che risponde sempre con favore alle iniziative di beneficenza. Ha partecipato alla presentazione del torneo anche Sergio Contarino, consigliere comunale e presi-

dente di sezione dell'associazione arbitri, che ha riproposto l'obiettivo di portare a carattere provinciale e regionale il torneo, che negli ultimi anni ha visto trionfare i Vigili del fuoco. L'assessore allo sport, Claudio Molè, ha poi sottolineato l'antica tradizione sportiva della città, confermata da recenti successi in varie discipline, nonché le dodici palestre ristrutturate per scuole e società sportive, per le cui attrezzature «sono stati stanziati 84 mila euro».

Parteciperanno al torneo le squadre di Carabinieri, Guardia di finanza, Polizia, Vigili del fuoco, Polizia stradale, Polizia penitenziaria, Capitaneria di porto, Corpo forestale, Ordine degli avvocati, Provincia, Poste, Confcommercio, Asp, Soakro, UISP, Ordine dei commercialisti, Associazione pescatori, Associazione Vittorio Veneto, Fratelli Romano, Milon Tour, E-Group Lorenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La struttura



SE LA DIAGNOSTICA È PER IMMAGINI



Servizio di **Cassio Caracciolo**
in collaborazione con

Dott. Francesco Perri
Responsabile Radiologia
diagnostica
Casa di cura "Villa Serena"
Catanzaro

In campo radiologico le indagini approfondite con apparecchiature di tecnologia avanzata aiutano a ridurre i tempi di intervento di determinate patologie garantendo un immediato e puntuale trattamento sanitario. La radiologia è forse l'unica disciplina medica di cui si conosce la data precisa di inizio, il 1895, anno che corrisponde alla scoperta e al primo utilizzo dei raggi X. Da allora, nell'arco di poco più di un secolo, è diventata la branca della medicina a cui è demandata la gran parte della diagnostica medica strumentale.

Il dottore Francesco Perri è il responsabile del servizio di Radiologia diagnostica della casa di cura "Villa Serena" in Catanzaro.

A lui abbiamo chiesto che tipi di esami vengono effettuati nella loro struttura.

«Innanzitutto la radiologia tradizionale tutta che a tutt'oggi

A "Villa Serena", a Catanzaro, strumentazioni all'avanguardia e tecnologia in 3D



è di fondamentale importanza nello studio di vari organi ed apparati e rappresenta ancora una porzione rilevante degli esami di diagnostica medica strumentale, eseguiti ogni anno. Attualmente la moderna radiologia di tradizionale ha davvero ben poco rispetto al passato.

Per ottenere le immagini corporee ad un uso diagnostico essa utilizza sempre le radiazioni ionizzate anche se a dosaggi assai ridotti ed addirittura impensabili solo fino a qualche anno fa. Il processo di digitalizzazione della radiologia ha permesso lo sviluppo di vari software in grado di ottimizzare, dopo l'acquisizione, l'immagine "grezza" e manipolarla e riproccarla al fine di migliorare la qualità delle immagine stesse.

Ciò ha comportato indubbi vantaggi in termini di accuratezza diagnostica, riduzione di dose di radiazioni e gestione delle immagini. È il caso della Tomografia assiale computerizzata total body (TAC), un esame diagnostico digitale che utilizza i raggi X. Le apparecchiature moderne consentono ricostruzioni delle immagini non solo sul piano assiale, ma su ogni piano. La TAC consente di compiere indagini in patologie croniche, infiammatorie ed oncologiche di tutte le parti del corpo».

Parliamo della Risonanza magnetica nucleare aperta RMN.

«Si tratta di una metodica di diagnostica per immagini non invasiva, in quanto non espone il paziente a radiazione ionizzanti.

La risonanza magnetica utilizza infatti campi magnetici e radiofrequenze i cui segnali, una volta elaborati, ricostruiscono immagini sul piano trasversale del corpo e su piani orientati con angolazioni differenti. È un esame dedicato a tutti i problemi articolari anca, ginocchio, spalla, rachide cervicale e lombare».

Ci spiega in cosa consiste l'Ortopanoramica digitale in 3D?

«Cranex® 3D è un sistema di immagine dentale in 3D, versatile, intuitivo ed affidabile. Viene utilizzato con tecnica cone beam, che sostituisce il dental scan effettuato con TAC, con minime emissioni di radiazioni. Un sistema molto importante per gli odontoiatri, nel caso di impianti ossei, ma soprattutto per i chirurghi maxillo facciali. Per gli odontoiatri l'immagine 3D permette di osservare strutture anatomiche dettagliate con ricostruzioni tridimensionali e visualizzazioni trasversali».

Quali sono i vantaggi?

«Dispone di un'elevata prestazione con una gamma versatile di programmi di imaging; qualità dell'immagine superiore per una migliore attività diagnostica. Una tecnologia con sensori

Cmos altamente sensibili e flusso di lavoro giornaliero ottimizzato.

L'immagine in 3D per gli odontoiatri garantisce un'efficienza maggiore al momento della pianificazione dell'impianto e di interventi chirurgici permettendo di avere informazioni più accurate sulla struttura dell'osso, fratture, denti inclusi, terzi molari, ATM e malocclusioni. Grazie a due campi selezionati e due selezioni di risoluzioni Cranex® 3D combina accuratezza diagnostica, imaging rapido e basse dosi di esposizione». Parliamo della tecnica "Cone Beam". «È una tomografia in 3D con dose di raggi di circa 2-2,5 ortopanoramiche digitali 2D. La novità assoluta viene dalla tomografia 3D dei denti ("Cone" Beam)", da un'esposizione ai raggi circa 100 volte inferiore a quella di una TAC. Naturalmente è necessaria una prescrizione del medico. Il volume dell'osso scansionato viene gestito con un programma Cad, mentre invece la TAC arrivava stampata su pellicola, oppure arrivavano i singoli fotogrammi sottoforma di immagini archiviate su un cd.

Non c'era la possibilità di valutare zona per zona a piacimento da ogni possibile posizione».



Per informazioni e contatti:

Casa di cura Villa Serena

via Luigi Pascalì n.11 - 88100 Catanzaro

centralino: 0961/724782 (4 linee)

posta elettronica: diramm@cagi.it e cagi@cagi.it

direzione amministrativa: 0961/795657

www.clinicavillaserena.com

Chirurgia vascolare

Servizio di Francesca Cannataro
in collaborazione con



Dott. Cristian Baraldi
Specialista in cardiocirurgia
Esperto
in chirurgia vascolare
ed endovascolare

UN LASER

CONTRO LA MALATTIA VENOSA CRONICA

È la metodica che rappresenta il top per il trattamento dell'incontinenza della vena safena. La terapia laser endovascolare evita quelle che sono le principali complicazioni dello stripping, come le lesioni vascolari e linfatiche, il sanguinamento, le infezioni, il dolore post-operatorio, le cicatrici. E riduce i tempi di recupero, che risultano nettamente più brevi

Le vene trasportano il sangue al cuore e ai polmoni. Quando si è in posizione eretta, quasi la metà del sangue venoso è nelle nostre gambe. Durante ogni passo i muscoli comprimono le vene che hanno sede all'interno del muscolo del polpaccio permettendo al sangue venoso di defluire verso il cuore. Negli individui sani il sangue defluisce dalle vene superficiali verso le vene profonde. Per dirigere il flusso ematico dai piedi verso la coscia e impedire che vi sia un reflusso, le vene degli arti inferiori sono provviste di sottili valvole che fungono da sistema di sbarramento. Le valvole hanno quindi un ruolo fondamentale nel ritorno venoso, sono fragili e possono essere facilmente danneggiate. Nella maggior parte dei casi le valvole difettose sono responsabili dello sviluppo di una malattia venosa.

Il dottore Christian Baraldi è un cardiocirurgo con grande esperienza in chirurgia vascolare ed endovascolare. Esegue interventi di chirurgia vascolare mininvasiva mediante l'uso di tecniche innovative endovascolari.

È uno dei maggiori esperti del trattamento laser endovenoso (Evl) per l'insufficienza venosa cronica, chiamata oggi malattia venosa cronica (MVC) e le varici degli arti inferiori.

A lui abbiamo chiesto che cosa sono la malattia venosa cronica e le varici.

«La MVC degli arti inferiori rappresenta una delle patologie più diffuse, interessando un quarto degli uomini e la metà

Chirurgia vascolare

delle donne. Occasionalmente, tale malattia può mettere a rischio la vita del paziente (trombosi venosi profonda – embolia polmonare). Di norma è causa di una sintomatologia dolorosa cronica (subdola e variabile nella sua intensità) e di inestetismi. Se non viene trattata in modo adeguato porta ad una situazione clinica invalidante che culmina con una grave sofferenza della cute, di lesioni dermatitiche ed ulcerative. La patologia è sostenuta, nella gran parte dei casi, da un malfunzionamento della vena safena.

Il sangue tende a scorrere per l'incontinenza delle valvole safe-



niche, dall'alto al basso, contrariamente a

quanto avviene in situazioni di normalità, ciò determina un ingorgo di sangue nella porzione distale dell'arto, con la conseguente comparsa di varici, di dilatazioni capillari, di gonfiore, di prurito, di bruciore o senso di calore e di dolore (anche crampiforme)».

Come si diagnostica?

«Negli ultimi anni l'approccio diagnostico e terapeutico alla Mvc che colpisce il circolo superficiale (malattia della vena safena, varici, capillari e quant'altro) è profondamente cambiato, divenendo assai risparmiato e gentile ovvero minimamente invasivo, grazie all'ecocolor Doppler. Questo strumento permette di studiare nei minimi particolari il sistema venoso degli arti, dal punto di vista morfologico e funzionale, e quindi di capire per esempio che cosa ha innescato il formarsi delle varici.

In ultima analisi, permette di guidare la mano dello specialista che dovrà eventual-

mente intervenire».

Dottore esistono dunque delle alternative al trattamento chirurgico tradizionale?

«Sì. La metodica che rappresenta il top per il trattamento dell'incontinenza (insufficienza) della vena safena è oggi il laser endovenoso. Le linee guida mondiali dal 2011 considerano il laser endovenoso la metodica più raccomandata, rispetto allo stripping (strappare via) per il trattamento della vena safena».

questa tecnica?

«La risoluzione dei problemi di pesantezza alle gambe; il massimo comfort; un trattamento veloce; un rapido ritorno alla normale attività; eccellenti risultati clinici ed estetici. Altri vantaggi: risolve i problemi piuttosto che rallentarne la progressione; non richiede la necessità di indossare calze a compressione se non durante le prime due settimane; offre miglioramenti estetici della gamba. Rispetto al trattamento chirurgico (stripping venoso), il laser endovenoso comporta meno traumi per la gamba e minori effetti collaterali; non ci sono cicatrici post-operatorie; non è richiesta l'anestesia generale o spinale; può essere eseguito in day surgery; consente un recupero molto più veloce e con meno disagi».

Che tipi di vene e patologie si possono trattare con la tecnica endovenosa?

«Grande e piccola safena; vene collaterali e reticolari; malformazioni vascolari ed emorroidi; ulcere venose e teleangectasie (capillari)».

Come avviene l'intervento?

«Viene eseguito in anestesia locale per tumescenza sotto guida ecografica e prevede l'introduzione percutanea ecoguidata (foro di un millimetro) sopra o sotto ginocchio, senza utilizzare il bisturi. Nella vena safena si introduce un catetere attraverso il quale viene immessa la fibra ottica laser, che si fa risalire sotto controllo ecografico fino alla regione inguinale (senza inciderla). Si inizia il trattamento endolaser erogando energia e sfilando lentamente la fibra verso il punto di ingresso. Il meccanismo di azione del trattamento laser è rappresentato dalla formazione di microscopiche "bolle di vapore" che diffondendosi attraverso il sangue provocano un danno da calore sulla parete venosa a tutto spessore. Le conseguenze di questa "ustione venosa" portano alla chiusura definitiva del vaso, in un unico tempo operatorio, con conseguente eliminazione delle varici. Si completa l'intervento, ove necessario, eliminando le varici residue (di vene collaterali) mediante l'uso sempre più frequente di scleroterapia liquida o foam (schiuma, detta scleromousse) o mediante microflebotomie multiple secondo Muller (microincisioni di 1-1,5 mm)».

Ci spiega in cosa consiste?

«La terapia laser endovascolare, per le sue caratteristiche di mininvasività, semplicità, efficacia a breve e lungo termine, riduzione di complicanze immediate rispetto all'intervento di stripping, sta avendo consensi crescenti e risultati superiori; ciò anche, per la possibilità di essere eseguita in anestesia locale, consentendo una immediata ripresa della deambulazione e della vita di relazione.

L'assenza della ferita chirurgica inguinale, necessaria invece nella chirurgia tradizionale della safena, evita quelle che sono le principali complicazioni dello stripping, come le lesioni vascolari e linfatiche, il sanguinamento, le infezioni, il dolore post-operatorio, le cicatrici, riducendo inoltre i tempi di recupero che risultano nettamente più brevi».

Ci illustra i vantaggi di

Medicina estetica

IL GRASSO HA I CENTIMENTRI CONTATI



Servizio di **Raffaele Ioffrida**
in collaborazione con

Dott.ssa Teresa Lacava
Medico estetico
Trainer "Q-Med" per la Calabria
Responsabile regionale
della formazione medica
sulle varie tecniche d'impianto
dell'acido ialuronico Restylane

Si chiama Criolipolisi ed è l'ultima novità non chirurgica per combattere il tessuto adiposo

Le hai provate tutte: dieta, attività motoria, esercizi specifici, ma quelle adiposità localizzate in eccesso proprio non riesci ad eliminarle. Oggi c'è la Criolipolisi, l'ultima novità non chirurgica che riesce a rimuovere il grasso senza ricorrere a nessun intervento. L'utilizzo di questo sistema per congelare il tessuto adiposo è stato ideato nove anni fa da un gruppo di ricercatori guidati dal dottor Richard Rox Anderson presso la Harvard University. L'apparecchio fu presentato per la prima volta il 1° aprile 2009 al 29° Congresso della società americana di Chirurgia e Medicina.

Ma in cosa consiste?

«È un tipo di trattamento non invasivo - spiega la **dottorssa Teresa Lacava, medico estetico** - per eliminare il grasso attraverso il congelamento del tessuto adiposo raffreddandolo ad una temperatura vicina allo 0° per un periodo tra 30 e 60 minuti che porta alla distruzione delle cellule adipose. Il macchinario agisce tramite un doppio manipolo, un applicatore vacuum che aspira il grasso e con delle piastre raffreddate congela l'adipocita sotto la pelle e lo porta alla morte naturale e conseguente espulsione.

Utilizzando la tecnologia del "freddo" con l'ausilio di due speciali manipoli si applicano basse temperature alle differenti parti del corpo che permettono di rimuovere le adiposità localizzate in eccesso. Le cellule adipose, infatti, sono molto sensibili al freddo rispetto alle strutture anatomiche presenti nella regione trattata, quali cute, derma, vasi, nervi, muscoli, le quali raffreddate vanno incontro ad un processo di lisi spontanea lenta e graduale definito "apoptosi". Il termine apoptosi indica una forma di morte cellulare programmata, in seguito a questo particolare processo il grasso viene eliminato definitivamente, anche se, è bene saperlo, i risultati non sono immediati, ma visibili nel tempo.»

Come funziona esattamente?

«La zona da trattare viene protetta con una pad antigelo. Il primo passo che viene compiuto è l'aspirazione, grazie ad un potente ed efficace vacuum di cui il manipolo dell'apparecchiatura è dotato, viene aspirata cute, sottocute e tessuto adiposo che vengono sottoposti ad abbassamento di temperatura. Il vacuum è molto importante perché permette un raffreddamento selettivo del grasso. Il secondo passo è la cristallizzazione. Il grasso così raffreddato va incontro ad una cristallizzazione dei suoi lipidi e que-

sta procedura danneggia meccanicamente le cellule adipose che vanno dunque incontro ad una morte selettiva. Il terzo passo è l'apoptosi, cioè la morte programmata delle cellule. Dalle analisi istologiche condotte su diversi pazienti trattati dalla Criolipolisi è emerso: dopo 3 giorni dal trattamento compare l'enzima caspasi 3, ossia il primo enzima che interviene quando ci sono dei tessuti che vanno incontro a necrosi (morte). Dopo 7 giorni, le membrane degli adipociti diventano sempre più difformi perché in sofferenza; dopo 14 giorni, vi è la comparsa dei macrofagi, gli spazzini che intervengono quando l'organismo ha dei tessuti in necrosi che devono essere eliminati; dopo 90 giorni dal trattamento, assenza completa di macrofagi, normalità dei tessuti, con un numero di adipociti e spessore ridotti.»

Dottorssa quando possono essere osservati i risultati?

«Non si vedono immediatamente perché come spiegato, il processo è lungo e programmato e deve compiere determinati passaggi prima di raggiungere la fase finale che poi porta ad ottenere risultati visibilissimi e duraturi nel tempo. Si tratta di un procedimento naturale indotto dall'abbassamento della temperatura ed è ovvio che il metabolismo fisiologico dell'adipe trattato avviene mediante i canali standard del nostro organismo, esattamente come funzione per metabolizzare i grassi alimentari. Per vedere i risultati necessitano da un minimo di due sedute, un massimo di cinque sedute una ogni 20/30 giorni.»

Fa male?

«No. Il trattamento è completamente indolore, il paziente avverte solo un fastidio iniziale di alcuni minuti dovuto alla tensione del tessuto per effetto del vacuum e una sensazione di freddo.

Dopo la seduta si noterà un arrossamento e una sensazione di sensibilità della zona che sparisce nel giro di qualche ora.»

Per informazioni e contatti:

Dottorssa Teresa Lacava
Via Giuseppe Saragat 10 - 88021 Borgia (CZ)
Tel. 0961 951927 - Cell: 339 6053599
e-mail: dssalacava.teresa@virgilio.it
www.teresalacava.it

Nutrizione



Servizio di Donna Caracciolo
in collaborazione con

Dott.ssa Nadia Severini
Scuola di Specializzazione in Pediatria
Università "Magna Graecia"
Catanzaro



Dott.ssa Laura Giancotti
Cattedra di Pediatria
Centro di riferimento regionale per
la malattia celiaca
Università "Magna Graecia" Catanzaro

CELIACHIA?

NIENTE PAURA, BASTA IMPARARE A CONVIVERCI

È un'intolleranza permanente al glutine. L'unica terapia universalmente riconosciuta è la dieta priva di fonti di glutine, che va condotta in maniera rigorosa per tutta la vita





Nutrizione

La malattia celiaca è una patologia molto diffusa. È stimato che in Italia la prevalenza sia pari all'1,1% nella popolazione pediatrica e allo 0,7% nella popolazione adulta.

Ma che cos'è esattamente?

«Si tratta di un'intolleranza permanente al glutine - dice la **dottorssa Nadia Severini della Scuola di specializzazione in pediatria all'università "Magna Graecia" di Catanzaro** - una sostanza proteica contenuta nel frumento, nell'orzo, nel farro, nell'avena, nel kamut®, nella segale, nel triticale e nella spelta. Ciò che è "tossico" per il celiaco è la gliadina, una delle frazioni proteiche del glutine. Una volta ingerita, la gliadina viene attivata dalle transglutaminasi tissutali, proteine presenti sulla mucosa intestinale, e scatena, nei soggetti geneticamente predisposti, una reazione di natura autoinfiammatoria rivolta verso i villi intestinali. Questi col passare del tempo vanno incontro ad atrofia causando danni intestinali e malassorbimento delle sostanze nutritive.

Storicamente la celiachia era una malattia diagnostica solo, se non prevalentemente, in età pediatrica.

Oggi, con diffondersi di una maggiore cultura medica sulla malattia molti pazienti che presentano sintomi sfumati ed extraintestinali della celiachia vengono diagnosticati in età adulta.

I sintomi "classici" possono essere variamente rappresentati: diarrea, vomito, dolori addominali ricorrenti, anemia da carenza di ferro e calo di peso; altri sintomi quali la cefalea, le ulcere orali, l'astenia ingiustificata, gli aborti ricorrenti e

l'infertilità inspiegabile sono meno frequenti ma possono essere indicativi di una malattia "atipica".

Qual è il trattamento per un celiaco?

«L'unica terapia universalmente riconosciuta è la dieta priva di fonti di glutine, che va condotta in maniera rigorosa per tutta la vita.

Sono in fase di studio terapie alternative alla dieta, quali la "pillola anti-zonulina" (che impedirebbe il passaggio del glutine attraverso le giunzioni degli enterociti) e un vaccino terapeutico (che "riprogrammerebbe" il sistema immunitario rendendolo insensibile all'ingestione del glutine), ma ad oggi la dieta rimane l'unica terapia possibile».

Parliamo della quotidianità di un soggetto colpito dalla patologia.

«È noto a tutti che gli alimenti vietati sono i farinacei (pane, pasta, pizza) ma in realtà bisogna fare attenzione a tutti i prodotti nei quali i cereali vietati possono essere presenti in forma di addensanti, di amidi o di ispessenti.

Non meno importante è evitare, sia in ambiente domestico che di ristorazione collettiva, le contaminazioni: in sostanza non "aggiungere" glutine ad alimenti che ne sono naturalmente privi».

È necessario acquistare piatti, pentole e stoviglie varie a parte?

«No. È sufficiente sciacquare con acqua e sapone».

Si possono cuocere in forno contemporaneamente cibi con glutine e cibi senza?

«Sì. Il glutine non evapora. Chiara-

mente - spiega la **dottorssa Laura Giancotti del Centro di riferimento regionale per la malattia celiaca** - i due tipi di cibi devono essere posti in contenitori separati. Meglio evitare il forno ventilato per non far disperdere la farina».

Il lievito di birra è consentito?

«Sì. oggi i lieviti di birra prodotti industrialmente non sono più ottenuti dalla fermentazione dell'orzo, ma da colture selezionate di lieviti appartenenti alla specie *Saccaromyces cerevisiae* sottoposte a vigilanza da parte delle autorità sanitarie».

Sono possibili degli strappi alla dieta, qualche volta?

«No. Si deve essere molto rigorosi: anche minuscole quantità potrebbero causare sofferenza alla mucosa intestinale anche se non si registrano sintomi evidenti».

Dottorssa Severini, può darci qualche consiglio in cucina che possa andare bene per tutti?

«A chi non vive la quotidianità della celiachia può involontariamente sfuggire di applicare qualche regola basilare rischiando così di contaminare i cibi senza glutine. Ecco alcuni accorgimenti apparentemente banali ma fondamentali: 1. Lavare accuratamente le stoviglie. Non è necessario utilizzare un servizio a parte: basta riservare un mestolo, possibilmente non di legno. 2. Non è necessario usare due scolapasta: è sufficiente scolare per prima la pasta senza glutine. 3. Friggere per primi gli alimenti senza glutine e successivamente quelli con glutine. 4. Usare carta da forno o di alluminio su superfici che possono essere contaminate».

ALIMENTI TRADIZIONALMENTE NOTI COME "VIETATI"

FRUMENTO	Farina di grano duro, farina di grano tenero, germe di grano, fiocchi di cereali, pani e pizze, pan grattato, crackers, biscotti, etc
SEGALE	Pane, grissini, crackers
FARRO	Zuppe, crusca, malto
SPELTA	Farine per dolci e biscotti
ORZO	Biscotti, zuppe, pasta, pane, pizza, pan grattato, biscotti, fiocchi di cereali, birra
TRITICALE E KAMUT	Farine, biscotti, fette biscottate
GRANO GRECO	Alcuni tipi di pane, pizza, grissini, zuppe, piadine
SEITAN	Kofu, alcuni condimenti vegetariani, molte salse di soia
MALTO E AVENA (DI PER SÉ IDONEA MA SPESSO CONTAMINATA)	Zuppe miste, yogurt ai cereali

ALIMENTI TRADIZIONALMENTE INTESI COME IDONEI MA CHE POSSONO CONTENERE FONTI DI GLUTINE INASPETTATE O CHE POSSONO VENIRE A CONTATTO COL GLUTINE DURANTE I PROCESSI DI LAVORAZIONE

SALSE E SUGHI PRONTI	Addensanti a base di amido di frumento
MAIONESE E SALSE PRONTE	Addensanti a base di amido di frumento
INSACCATI	Addensanti a base di farine, fecole e amidi derivanti dai cereali vietati
DADI ED ESTRATTI DI BRODO	Addensanti a base di amido di frumento
PATATINE IN BUSTA	Addensanti a base di farina di frumento
PATATINE SURGELATE	Addensanti a base di farina di frumento
FORMAGGINI	Addensanti e gelificanti a base di amido di frumento
FORMAGGI SPALMABILI	Addensanti e gelificanti a base di amido di frumento
MARGARINA	Addensanti e gelificanti a base di amido di frumento
SURIMI	Addensanti e gelificanti a base di amido di frumento
VANILLINA	Alto rischio di contaminazione durante la fase di preparazione
GELATINA ALIMENTARE	Alto rischio di contaminazione durante la fase di preparazione
COLORANTI ALIMENTARI	Addizionati con farina e amidi di frumento
DECORAZIONI PER DOLCI	Contengono spesso farina di frumento
ZUCCHERO A VELO	Addizionato con farina di frumento
CREME	Preparate con farina di frumento
DESSERT E BUDINI	Addizionate con amidi
CIOCCOLATINI	Spesso prodotti in ambienti fortemente contaminati da cereali
LIEVITO MADRE	Preparato con acqua e farina
CIALDE DI CAFFÈ	Spesso addizionate con orzo
CAFFÈ SOLUBILE	Spesso addizionato con orzo
PREPARATI PER CAPPUCCINO	Spesso addizionati con orzo
HAMBURGER	Preparati spesso con pan grattato
PLASTILINA	Addizionata con glutine per renderla più malleabile
FRUTTA CANDITA	Addensanti a base di amido di frumento

Pediatria



Servizio di **Carla Sabato**
in collaborazione con



Prof. Roberto Miniero
Ordinario di Pediatria
Università "Magna Graecia" di Catanzaro
Dott.ssa Teresa Rita Dolcemente
Pediatria di famiglia Fimp
Endocrinologa - Omeopata
Crotone

MA I FARMACI CHE ASSUME LA MAMMA FANNO MALE AL LATTANTE?

Circa l'1-2% della dose dei medicinali somministrati alla mamma passa nel latte e quindi ciò che riceve il bambino è trascurabile. Effetti dannosi sul piccolo sono stati dimostrati solo in pochi casi e quando somministrati a dosi elevate o per periodi prolungati

Il latte materno è l'alimento ideale per tutti i lattanti contenendo tutti i principi nutritivi essenziali per la crescita globale e lo sviluppo psicofisico. L'allattamento al seno riduce il rischio di infezioni, di malattie allergiche, di sovrappeso, di obesità e potenzia il rapporto madre-figlio. Il latte materno è consigliato come alimento esclusivo per i primi cinque-sei mesi di vita e successivamente allo svezzamento per tutto il primo anno ed oltre.

Oggi un numero sempre maggiore di donne, comprese alcune con malattie croniche, allatta, grazie anche alle campagne di informazione e sensibilizzazione.

Numerose le nutrici (oltre il 60%) che necessitano di assumere farmaci saltuariamente od in modo continuativo. Il loro utilizzo è vissuto dalle mamme sempre con molta ansia ed a volte paura, che porta alcune ad interrompere l'allattamento per la preoccupazione dei potenziali danni per il bambino, mentre altre, piuttosto che sospenderlo, preferiscono non assumere la terapia con possibile pregiudizio della loro stessa salute. Molte

controindicazioni all'allattamento al seno sono state erroneamente indicate fino ad un recente passato anche in relazione al fatto che i dati di ricerche scientifiche sull'argomento sono scarsi. La stessa Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) ammette che "le fonti di informazioni più comuni sul rapporto tra farmaco ed allattamento sono in genere rappresentate dai foglietti illustrativi dei farmaci ed è sorprendente che in oltre l'80% delle confezioni in commercio in Italia sia controindicato, in modo cautelare per l'azienda produttrice, l'uso in corso di allattamento mentre solo nel 2% dei casi emerge un chiaro giudizio di sicurezza".

«Circa l'1-2% della dose dei farmaci somministrati alla mamma - dice la **dottoressa Teresa Rita Dolcemente, pediatra di famiglia Fim, endocrinologa e omeopata in Crotone** - passa nel latte e quindi la dose che il bambino riceve è trascurabile. Effetti dannosi sul lattante sono stati dimostrati solo per pochi farmaci e quando somministrati a dosi elevate o per periodi prolungati.

Molti sono i farmaci che assunti saltua-

riamente dalla madre di norma non comportano particolari rischi per il piccolo. Gli effetti avversi segnalati si sono verificati soprattutto nei lattanti con meno di due mesi di vita e nei prematuri, raramente nei bambini di età successiva. Anche se l'uso dei farmaci durante l'allattamento possano difficilmente provocare effetti tossici, la cautela è d'obbligo e devono essere adottate alcune regole. Innanzitutto bisogna evitare l'autoprescrizione di farmaci da banco, preparati contenenti più sostanze, e sempre occorre chiedere consiglio al proprio medico. Solo questi potrà valutare rischi e benefici di ogni farmaco considerando diversi fattori: la necessità della madre di assumere quella terapia, i potenziali effetti negativi del farmaco sulla produzione latte, la quota di farmaco effettivamente escreta nel latte e quella assorbita dal lattante, e la probabilità di eventi avversi nel bambino.

Alla madre deve essere suggerito di assumere il farmaco immediatamente dopo la poppata, ed ancora meglio prima del riposo più lungo del bambino, in modo tale che al momento della poppata successiva

Pediatria

la sua concentrazione nel sangue materno sia diminuita.

La madre deve inoltre essere informata sugli eventuali effetti collaterali indotti dal farmaco nel bambino affinché possano venir colti i primi segni di allarme. La conoscenza e la consapevolezza, frutto di

una efficace comunicazione medico-paziente sono fondamentali per evitare allarmismi, interruzioni ingiustificate dell'allattamento al seno, assunzioni di farmaci non indispensabili o potenzialmente pericolosi.

Attenzione particolare per i lattanti con

favismo. La mamma che allatta oltre a non mangiare le fave non deve assumere i farmaci che sono controindicati nei soggetti favici poiché anche piccole quantità secrete nel latte ed assunte dal bambino possono causare anemia acuta per emolisi (distruzione dei globuli rossi)».

ANTIDEPRESSIVI, ANSIOLITICI, ANTIPSICOTICI. Molti di questi farmaci sono presenti in basse concentrazioni nel latte materno. L'assunzione di litio è severamente controindicata durante l'allattamento.

ANTIEPILETTICI. Gli antiepilettici di vecchia generazione come quali i barbiturici, carbamazepina, valproato e la fenitoina possono essere somministrati con un minimo di cautela. Gli antiepilettici di nuova generazione hanno un profilo di sicurezza meno documentato.

FARMACI IMPIEGATI PER LA TERAPIA DEL DOLORE. Raramente l'assunzione da parte della madre di una dose terapeutica di codeina può portare a livelli pericolosamente nel lattante con conseguente apnea, bradicardia, cianosi e sedazione. Quando non siano necessari gli oppioidi per il dolore moderato-severo, un'alternativa può essere rappresentata dall'ibuprofene e dal paracetamolo.

ANTISTAMINICI. Possono essere usati soprattutto quelli di seconda generazione quali, ad esempio la cetirizina e derivati, l'oxitomide, la loratidina e derivati, ma solo in caso di effettiva necessità.

GALATTOGOGHI. Sostanze farmacologicamente attive di origine vegetale o di sintesi che avviano, mantengono od aumento della produzione di latte. Mancano le evidenze scientifiche che supportino l'utilità di sostanze che stimolino la lattazione, quali domperidone, metoclopramide ed ormoni. Per il domperidone e la metoclopramide sono invece segnalati effetti collaterali al neonato.

VACCINI. Vaccini inattivati (tosso ide tetanico, tosse ide difterico e vaccino acellulare contro la pertosse, antipolio, antinfluenzale, anti-epatite A, anti-HBV, anti-HPV) non sottopongono a rischi il lattante. Molti vaccini vivi non sono stati associati alla secrezione del virus nel latte materno.

I FARMACI CARDIOLOGICI

La digitale è considerata un farmaco ragionevolmente sicuro per l'impiego durante l'allattamento, poiché passa nel latte in quantità tale da non influenzare il lattante. I farmaci antiaritmici vengono escreti nel latte in quantità rilevante, raggiungendo talvolta concentrazioni superiori a quelle plasmatiche: tuttavia non sono segnalati effetti negativi degni di rilievo a carico del lattante.

ANTIBIOTICI. Gli antibiotici di solito possono essere assunti dalle madri che allattano senza importanti effetti collaterali nei loro bambini. Tuttavia, poiché quasi tutti gli antibiotici passano nel latte, il lattante può raramente presentare ipersensibilità al farmaco, diarrea, dismicrobismi intestinali e candidosi.

ORMONI. La somministrazione di insulina, adrenalina o ACTH alla nutrice è priva di rischi per il bambino, poiché questi ormoni sono inattivati o distrutti nell'intestino del lattante. Anche la tiroxina è priva di rischi alle abituali dosi impiegate in clinica, nonostante passi nel latte. La quantità di estrogeni e di progestinici che passa nel latte è pari a circa l'1% della dose somministrata alla madre.

ANTICOAGULANTI. L'eparina e gli eparinoidi sono anticoagulanti sicuri per l'impiego durante l'allattamento, poiché non passano nel latte, e, comunque, non sono attivi per via orale. I dicumarolici somministrati alla nutrice sono invece presenti nel latte e possono causare fenomeni emorragici in caso di somministrazione protratta.

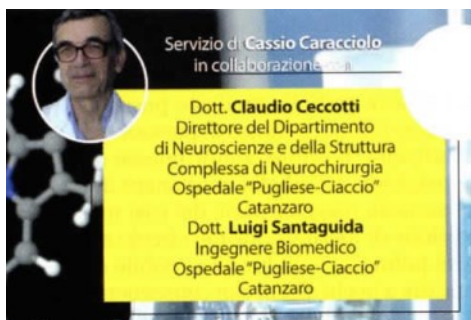
LASSATIVI. Fra i farmaci di questo gruppo, i lassativi che agiscono determinando un aumento della massa del contenuto intestinale (come crusca, mucillagini, macrogol ecc.) sono sicuramente privi di effetto sul lattante.

FITOFARMACI ED ERBE MEDICINALI. Nonostante il largo impiego di fitoterapici ed erbe medicinale nelle donne in allattamento (oltre il 43% delle donne americane ne fa uso), sono scarse le informazioni relative alla sicurezza di questi prodotti

I farmaci antineoplastici hanno una controindicazione assoluta durante l'allattamento

IL MICROSCOPIO CHE ILLUMINA I TUMORI

È il dispositivo per eseguire interventi in autofluorescenza. Iniettando in vena un marcatore fluorescente, le neoplasie cerebrali assumono un intenso colore giallo differenziandosi completamente dal cervello sano. Al "Pugliese-Ciaccio" uno dei cinque centri neurochirurgici in Italia che pratica questa metodica



Servizio di Cassio Caracciolo
in collaborazione con

Dott. Claudio Ceccotti
Direttore del Dipartimento
di Neuroscienze e della Struttura
Complessa di Neurochirurgia
Ospedale "Pugliese-Ciaccio"
Catanzaro
Dott. Luigi Santaguida
Ingegnere Biomedico
Ospedale "Pugliese-Ciaccio"
Catanzaro

Nell'ambito dell'aggiornamento e del potenziamento tecnologico fortemente voluto dalla Direzione strategica dell'azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" ed in particolare dal suo Direttore generale, Elga Rizzo, notevole è stato l'impegno per le alte specialità ed in particolare per la neurochirurgia, la cui sala operatoria, è stata dotata di attrezzature di avanzata tecnologia, che permettono di ottenere i massimi risultati chirurgici, soprattutto nel settore dell'oncologia cerebrale. Oltre ad un completo rinnovo, effettuato di recente, delle apparecchiature già in dotazione (in particolare l'amplificatore di brillantezza ed il neuronavigatore di ultima generazione, nonché il sistema computer guidato per le biopsie cerebrali), è stata da poco acquisita una work-station collegata con la radiologia e con tutte le altre strumentazioni di sala operatoria, che funge anche da monitor chirurgico ad alta definizione, ed un modernissimo microscopio operatorio, che permette di operare con la massima radicalità e sicurezza i tumori cerebrali.

L'acquisizione delle tecnologie è stata caratterizzata, sia in fase di progettazione

che in fase di realizzazione, da una sinergia tra il neurochirurgo, che ha focalizzato quanto necessario per effettuare gli interventi operatori nella maniera più precisa, più radicale e più sicura e l'ingegnere Luigi Santaguida, responsabile del servizio di ingegneria biomedica. Tale sinergia, che ha permesso, tra l'altro, di informatizzare nel modo più adeguato l'attività chirurgica, è consolidata da diversi anni, nell'Azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", particolarmente nella Struttura Complessa di Neurochirurgia. Solo in tal modo si è riusciti, non solo ad ottenere l'aggiornamento dei macchinari, in linea con i migliori centri europei, ma anche la contestuale possibilità di eseguire interventi e procedure interventistiche (biopsie cerebrali) con l'ausilio di nuovi strumenti di diagnosi e di supporto pre ed intraoperatori, con costi di acquisizione complessivamente contenuti.

Al dottore Claudio Ceccotti, Direttore del Dipartimento di neuroscienze e della Struttura complessa di Neurochirurgia abbiamo chiesto di illustrarci quali sono tali strumentazioni.

«Un microscopio operatorio Zeiss di ul-

tima generazione (Pentero 900), gioiello della tecnologia, l'optimum per eseguire gli interventi in microchirurgia a livello del cervello e della colonna vertebrale. Dotato di sistema di messa a fuoco con raggio laser, è capace di memorizzare immagini e filmati, durante l'intervento chirurgico.

Il suo monitor, ad alta definizione, permette una chiara e definita visualizzazione, in sala, dello scenario chirurgico, in modo che tutto il personale di supporto possa collaborare al meglio all'attività operatoria. Il nuovo microscopio operatorio è stato anche interfacciato con il sistema di neuronavigazione in dotazione alla Neurochirurgia. In tal modo il Neuronavigatore guida le mani del chirurgo inviando le sue informazioni al microscopio operatorio. In pratica, il neurochirurgo vede negli oculari dello strumento, non solo le fini strutture anatomiche cerebrali ingrandite, mentre sta operando, in modo tale da rispettarle al massimo, ma viene anche continuamente informato dal neuro navigatore, attraverso gli oculari stessi del microscopio, del punto preciso del cervello in cui si trova».

Ma qual è in assoluto il vero aspetto innovativo del

microscopio Zeiss (Pentero 900)?

«È il dispositivo per eseguire interventi per tumori cerebrali in autofluorescenza.

Il nuovo microscopio è stato dotato infatti di un nuovissimo sistema di illuminazione supplementare, oltre a quello standard, per eseguire interventi in autofluorescenza.

Iniettando in vena un marcatore fluorescente chiamato Fluoresceina, i tumori cerebrali, specie quelli molto vascolarizzati, che sono i più frequenti, assumono, con l'ausilio di tale tecnica (illuminazione con luce di una particolare frequenza d'onda) un intenso colore giallo (per emissione di fluorescenza), differenziandoli completamente dal cervello sano. La metodica, praticata attualmente in pochissimi centri

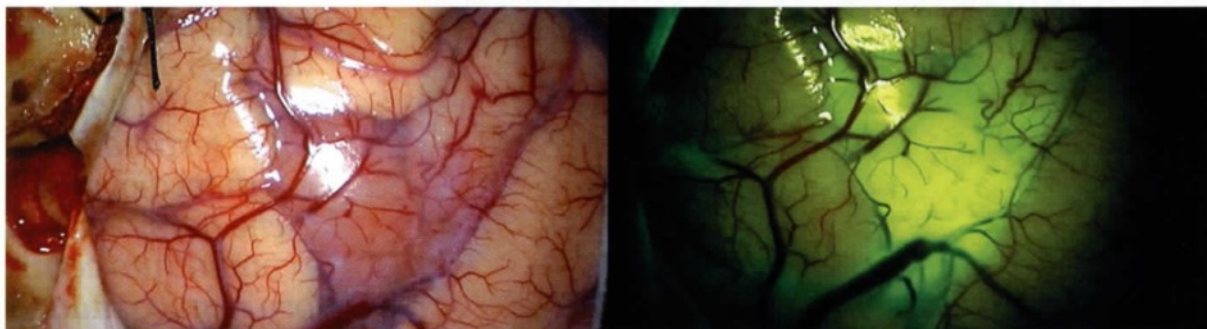
neurochirurgici in Italia (cinque compreso il nostro), consente di raggiungere una maggiore radicalità nella resezione chirurgica. È ben tollerata, pressoché priva di effetti collaterali per il paziente, economica e di semplice gestione. La procedura è stata già da noi utilizzata in diversi casi clinici (meningiomi, neurinomi, astrocitomi e glioblastomi). In particolare nel caso del glioblastoma (uno dei più frequenti tumori cerebrali), ha dato brillanti risultati, documentati con acquisizione fotografica e video integrata nel microscopio».

Gli altri strumenti?

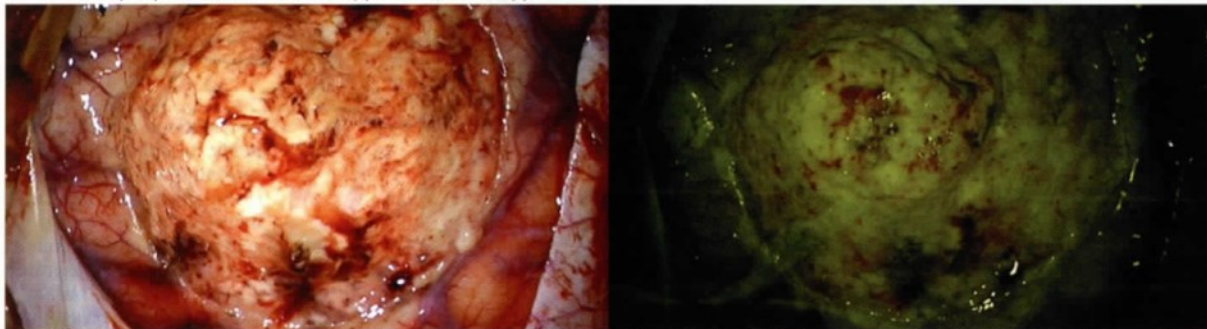
«Sistema computerizzato di visualizzazione di immagini, radiodiagnostiche e video, installato in sala operatoria. Il sistema assimilabile ad un diafanoscopio digitale in realtà è molto di più. È una

vera e propria workstation che consente di visualizzare e di elaborare le immagini neuroradiologiche anche in 3D (cervello, arterie e vene cerebrali). È stato interfacciato con tutte le altre strumentazioni ad alta tecnologia, di cui è dotata la sala operatoria di neurochirurgia (microscopio operatorio, endoscopio, neuro navigatore, ecc.) e con la rete informatica ospedaliera.

Infine, il sistema computerizzato di trattografia cerebrale, aggregato al neuro-navigatore, che consente di elaborare le immagini di risonanza magnetica, rilevando e tracciando il percorso dei fasci di fibre nervose a livello cerebrale. Mappando questi fasci è possibile durante gli interventi salvarle, rispettando al massimo le funzioni cerebrali (evitare paralisi, disturbi del linguaggio, ecc)».



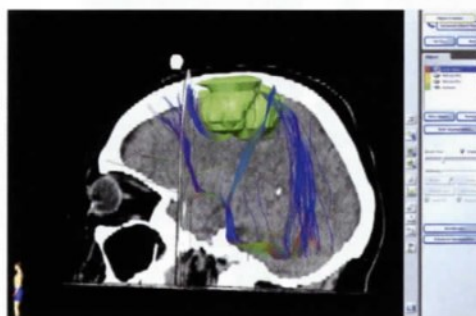
Esempio di caso operato ultimamente (paziente già dimessa in ottime condizioni): Tumore cerebrale prima dell'asportazione con tecnica microchirurgica, in visione magnificata al microscopio operatorio, con luce normale (a) ed in fluorescenza (b)



Cavo chirurgico dopo asportazione radicale grazie alla metodica, in visione magnificata a luce normale (a) ed in fluorescenza (b)(non più evidente l'area fluorescente)



Il tumore cerebrale asportato



Esempio di trattografia elaborata dall'ingegnere Luigi Santaguida (in verde il tumore cerebrale, in blu le fibre nervose responsabili di importanti funzioni cerebrali, in particolare del movimento degli arti, la cui evidenziazione permette di rispettarle durante gli interventi chirurgici, garantendo la massima sicurezza al paziente)



Integrazione delle tecnologie utilizzate in sala operatoria di neurochirurgia. I tre monitor visibili sono rispettivamente quello del microscopio operatorio, della workstation e del neuronavigatore